
This is the **published version** of the article:

Moya Blanca, Ana; Clancy, Catherine, dir. DMT y Psiquiatría infantil. Implementar la DMT en la atención pública de salud mental infantil. 2019. 62 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/203079>

under the terms of the  license

DMT Y PSIQUIATRÍA INFANTIL

Implementar la DMT en la atención pública de salud mental infantil



Tesina - trabajo final de máster

Ana Moya Blanca

Máster Danza Movimiento Terapia

Tutora: Catherine Clancy

Barcelona, enero 2019

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	6
3. EL MOVIMIENTO DEL CUERPO EN EL DESARROLLO DEL SENTIDO DEL YO	8
4. FALLAS EN EL DESARROLLO DEL SENTIDO DEL YO	12
5. COMPORTAMIENTO DEL MOVIMIENTO Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	15
6. DANZA Y JUEGO: CUERPO EN MOVIMIENTO	23
7. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA	26
7.1. Orígenes.....	26
7.2. Definición	29
7.3. Premisa y herramientas principales de la DMT: Unidad cuerpo-mente, empatía Kinestésica y análisis de movimiento.	32
7.4. DMT y Terapia de Juego	39
8. DMT Y PSIQUIATRÍA INFANTIL	42
9. SALUD MENTAL PÚBLICA Y GESTIÓN ACTUAL	47
10. DISCUSIÓN.....	50
11. CONCLUSIÓN	52
REFERENCIAS	54

RESUMEN

Esta tesina, eminentemente teórica, se articula en torno a la idea del cuerpo en movimiento, o cuerpo en acción, integrada en la perspectiva psicofísica del individuo. Este trabajo destaca la importancia del movimiento y del aprendizaje en habilidades motoras para un buen desarrollo infantil, el cual puede verse truncado por diferentes adversidades en el proceso de crecimiento y debilitar el desarrollo motriz. En su planteamiento se investiga la relación entre las deficiencias motrices y distintas psicopatologías estudiadas en psiquiatría infantil. Se exponen la danza y el juego como actividades naturales en la vida de los niños y como elementos de la Danza Movimiento Terapia (DMT). Y se lleva a cabo una revisión de la literatura de la DMT que demuestre sus beneficios. Finalmente, se discute sobre la utilidad de complementar los tratamientos que actualmente facilitan las instituciones de la salud pública infantil con la DTM.

Palabras Clave: Habilidades motoras, psiquiatría infantil, Danza Movimiento Terapia.

ABSTRACT

This thesis, eminently theoretical, is articulated around the idea of the body in movement, or body in action, integrated in the psychophysical perspective of the individual. This study highlights the importance of movement and learning in motor skills for a good child development, which can be truncated by different adversities in the growth process and weaken motor development. In its approach, the relationship between motor deficiencies and different psychopathologies studied in child psychiatry is investigated. Dance and play are exposed as natural activities in children's lives and as elements of Dance Movement Therapy (DMT). A review of the DMT literature that demonstrates its benefits is then carried out. Finally, the usefulness of complementing the treatments currently provided by public health institutions for children with the DMT is discussed.

Keywords: Motor skills, child psychiatry, Dance Movement Therapy.

RESUM

Aquesta tesina, eminentment teòrica, s'articula al voltant de la idea del cos en moviment, o cos en acció, integrada en la perspectiva psicofísica de l'individu. Aquest treball destaca la importància del moviment i de l'aprenentatge en habilitats motores per a un bon desenvolupament infantil, el qual es pot veure truncat per diferents adversitats en el procés de creixement i afeblir el desenvolupament motriu. En el seu plantejament s'investiga la relació entre les deficiències motrius i diferents psicopatologies estudiades en psiquiatria infantil. S'exposen la dansa i el joc com a activitats naturals en la vida dels nens i com a elements de la Dansa Moviment Teràpia (DMT). I es porta a terme una revisió de la literatura de la DMT que demostrí els seus beneficis. Finalment, es discuteix sobre la utilitat de complementar els tractaments que actualment faciliten les institucions de la salut pública infantil amb la DTM.

Paraules clau: Habilitats motores, psiquiatria infantil, Dansa Moviment Teràpia.

1. INTRODUCCIÓN

Una de las motivaciones en mi planteamiento de realizar el máster de Danza Movimiento Terapia (DMT) fue la posibilidad de poder atender a niños y adolescentes que, por distintas razones, necesitasen un acompañamiento y un sostén para poder crecer y madurar con unas mayores garantías de las que pudiesen ofrecérseles en su entorno familiar o para aquellos que carecieran de él. El interés por la infancia y la adolescencia me surge del conocimiento de que las experiencias adversas en la infancia pueden interferir en el desarrollo del niño, lo cual puede tener consecuencias negativas en su maduración como persona, en su salud psicológica y en su relación con el mundo, entre otras cosas. Los problemas de salud mental de niños y adolescentes se asocian normalmente con dificultades de desarrollo emocional e intelectual, dificultades que según UNICEF pueden relacionarse con resultados insuficientes en materia de educación, con relaciones sociales poco satisfactorias, con un uso incontrolado de

sustancias, con estilos de vida inestables, con conductas autolesivas y con un escaso cuidado y estima de sí mismos (Coscolla, Martínez y Poll, 2016). Por lo tanto, parece lógico el que sea más eficaz atender ciertas necesidades y carencias antes de llegar a la edad adulta, momento en el que puede ser ya demasiado tarde. La temática que más me interesa es la del trauma en la infancia, pero debido a mi creciente interés por la psiquiatría relacionado con mis prácticas de segundo año del máster, y que, por otro lado, investigando el trauma este se encuadra dentro del ámbito de salud mental, mi investigación tiene una relación entre la DMT y la psiquiatría infantil. Me quiero centrar en la atención en salud pública, antes que en la privada, porque es a la que accede o puede acceder la mayoría de los ciudadanos, y desde donde se detectan estos casos; ya a inicios de los años '80' se crean los primeros centros de Atención Primaria en Salud Mental (CAPS) con la idea de ser el primer eslabón de atención para la salud mental (Capellá, 2001).

La dirección que toma este trabajo responde a la inquietud de poder atender a la población infantil en salud mental y a mi interés de la DMT como profesión. La DMT era una gran desconocida para mí antes de saber del máster, tan solo tenía conocimiento de algunas técnicas de movimiento corporal y de algunas "terapias" de movimiento corporal como puede ser Río abierto, 5 Rítmos, Biodanza, Static Dance, Yoga y la Danzaterapia. Creo que esta creciente moda empieza a ser suficientemente significativa para atreverme a decir, de forma especulativa, que como sociedad ha aumentado nuestro interés por nuestra salud psicofísica, *mens sana in corpore sano*. ¿Pero qué pasa con la DMT? ¿Se conoce lo suficiente? El hecho de que sea una psicoterapia corporal, que va más allá de tener una perspectiva lúdica y de mantenerse en forma, puede dificultar su conocimiento por parte de la población, teniendo en cuenta las resistencias que suele haber a la hora de acudir a un acompañamiento psicológico; dicho esto por muchos terapeutas con los que he hablado durante mi formación. Por otro lado, creo que también dificulta su conocimiento a nivel institucional la lentitud con la que se

suelen adaptar a los cambios y a las nuevas tendencias sociales y aportaciones de la psicoterapia; ya sea por falta de recursos económicos y/o por falta de evidencia científica según la Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2007) o, quizá, por la tendencia al conservacionismo de las instituciones públicas. Ahora bien, la musicoterapia posee cierto reconocimiento en España, así como el psicodrama, pero el Arte Terapia y la DMT parecen aún estar entrando en el sistema de salud español (Panhofer, 2013). Por ello, con el interés de dar a conocer la DMT, hago este trabajo como punto de partida.

Hace tiempo que entre compañeras del máster nos preguntábamos, no solo por la presencia de la DMT, sino también por los diferentes enfoques psicoterapéuticos que existen. Creo que esta inquietud viene reforzada por la afirmación de algunos profesores del máster en cuanto a la mayor evidencia, según el método científico, del enfoque cognitivo conductual, en detrimento en estos últimos años del enfoque psicodinámico. Quizá la preferencia hacia un enfoque que muestre más evidencias científicas indique uno de los motivos de por qué la DMT no es tan conocida en el ámbito terapéutico. Cierta inquietud me lleva a preguntarme qué enfoque psicológico es el que se ofrece en la salud mental pública y también por la presencia de las terapias artístico-expresivas en Cataluña. Pero la pregunta que más me interesa es la de si puede la DMT complementar el abordaje terapéutico en la psiquiatría infantil y potenciar el tratamiento.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal es dar respuesta a la pregunta de si puede la DMT ser beneficiosa como complemento en el tratamiento en la psiquiatría infantil. Responderla puede implicar la apertura a un trabajo posterior, un proyecto para presentar a las diferentes estancias en salud mental como propuesta para su aplicación, tanto a nivel comunitario como a nivel

hospitalario; lo que considero que es ideal para dar a conocer la DMT y abrir una ventana para la profesión aquí en Cataluña o en España.

Para este trabajo investigo sobre la importancia del movimiento en el desarrollo infantil, si hay relación entre habilidades motrices y las patologías psiquiátricas en los niños, si el mal funcionamiento psicofísico repercute en el desarrollo de los niños y consecuencias en la vida adulta, y si la DMT puede ayudar en dicho desarrollo. Como tentempié destaco aquí la afirmación de Emck, Bosscher, Beek y Doreleijers (2009), que dice que los problemas motores en los niños a menudo van de la mano con problemas de desarrollo emocionales, conductuales y generalizados, lo que indica un vínculo entre psicopatología y el comportamiento del movimiento. De modo, que en la línea de estas preguntas y en la afirmación de estos autores, esta investigación se ha basado sobre todo en aspectos psicomotrices. Dar respuesta a estas preguntas mencionadas, demostrar que hay evidencia entre la existencia de deficiencias motoras y los trastornos psiquiátricos infantiles y qué beneficios puede aportar la DMT, con todo esto, puede que la red pública de salud mental vea positivamente aceptar e incluir este tipo de psicoterapia como complemento en los diferentes tratamientos que estas instituciones ofrecen.

Por otro lado una búsqueda de la gestión actual o el abordaje terapéutico que ofrecen los servicios en salud mental para niños puede confirmar o no la tendencia, como hablábamos antes, de un enfoque cognitivo conductual en los tratamientos psicoterapéuticos infantiles; con lo que intentaré resumir este panorama en España, y principalmente en Cataluña. La falta o la poca presencia de abordajes terapéuticos corporales y artístico-creativos pueden indicar la idoneidad de proponer como proyecto la DMT, después de presentarla justificando sus beneficios y utilidades.

La metodología que se emplea es la revisión de literatura con la utilización de buscadores y base de datos de internet como el buscador de la UAB, Pubmed, Google Académico, Biblioteca Cochrane, SciELO, Dialnet, ScienceDirect, Scopus, Mendeley, Taylor & Francis Online, Sciencedirect, Elsevier. También se ha consultado revistas electrónicas como la American Journal Dance Therapy, The Arts in Psychotherapy, Revista de Psicología y Educación, Body Movement and Dance in Psychotherapy y Revista de Neurología.

3. EL MOVIMIENTO DEL CUERPO EN EL DESARROLLO DEL SENTIDO DEL YO

El movimiento es la condición a partir de la cual se desarrolla la experiencia humana que se evidencia en las primeras etapas de la vida del niño. Él no conoce los límites del “yo” y del “no yo”, si no que vive descubriéndose, descubre su mano como medio posible de “hacer” por sí mismo, de tocar y luego lograr coger un objeto (Schwartzmann, 2006). Es en la etapa de educación infantil en que el cuerpo y el movimiento de los niños son la vía para entrar en contacto con la realidad que los envuelve y adquirir los primeros conocimientos acerca del mundo. El progresivo descubrimiento del propio cuerpo es fuente de sensaciones, de exploración de posibilidades de acción y funciones corporales que constituyen las experiencias necesarias sobre las que se va construyendo el pensamiento infantil (Gil, Contreras y Gómez, 2008). Nuestros tempranos aprendizajes como manipular objetos, caminar, atarse unos zapatos, lavarse los dientes no son solo patrones de movimiento a los que nos familiarizamos, son también lo que experimentamos como dinámicas *enérgico-espacio-temporales* concretas.

Sheets-Johnstone (2010) distingue entre sensaciones y dinámicas; mientras las sensaciones son localizadas espacial y temporalmente de manera puntual, las dinámicas tienen la característica de experimentarse más bien como un conjunto, como por ejemplo, el bebé que

ya después de varios intentos hacia alcanzar diferentes objetos consigue dinámicas efectivas de alcance. Así, a lo largo del tiempo la experiencia del movimiento forma el “yo” que se mueve, un sujeto que es capaz de crear y moverse, que va adquiriendo el sentido de agencialidad, es decir, la capacidad de ser efectivos en el mundo: podemos hacer cosas, lograr que las cosas ocurran. Merleau-Ponty (1999), que concibe el cuerpo como la condición permanente de la experiencia, expresa de manera parecida el sentido de agencialidad, a saber, que el cuerpo-vivido se presenta como un *yo soy capaz* de mantenerme involucrado en, y comprometido a situaciones particulares, y nuestro saber cómo enfrentarnos al mundo es profundizado con esta estabilidad.

El desarrollo cognitivo se va dando en el bebé gracias a su cuerpo en movimiento, a través del cual se percibe a sí mismo y gradualmente construye su esquema corporal y la conciencia de las diferentes partes del cuerpo que le permite ir estructurando una imagen mental o autorrepresentación de sí mismo (Schwartzmann, 2006). La conciencia para Merleau-Ponty (1999) es una conciencia-cuerpo y el cuerpo-vivido es un activo, el cuerpo móvil, intencionalmente, se convierte en una intencionalidad motriz. Mi cuerpo, entonces, es para mí un esquema corpóreo o postural, un sistema de potencias motrices en el cual la espontaneidad del cuerpo-conocedor se presenta a sí misma como un *yo puedo*, como un *yo soy capaz de*.

Los movimientos se entienden como la necesidad de actuar en el mundo, motivados principalmente por necesidades básicas y afecciones como la curiosidad, el miedo, los anhelos, la desconfianza, la determinación, la inquietud, y están presentes en el movimiento, en nuestras dinámicas cotidianas e intercambios con los demás. La emoción y el movimiento van de la mano. Ya en su época Darwin (1965) atestiguó la centralidad del movimiento y la conexión íntima entre movimiento y emoción a lo largo de sus observaciones de la vida animada, en animales y seres humanos. Fishman (2008) afirma que el movimiento involucra tonalidades afectivas que se expresan inevitablemente, aunque sean inconscientes para la

propia persona, y que un sistema complejo de procesos y grados de tensión-relajación muscular posibilita la manifestación de las mismas.

Gil, Contreras y Gómez (2008) declaran que en el desarrollo motor (de los 0 a los 6 años) los movimientos van orientados hacia las relaciones con el mundo que irán siendo dominados y perfeccionados, desde los movimientos reflejos primarios hasta llegar a la coordinación de los grandes grupos musculares que intervienen en mecanismos de control postural, equilibrios y desplazamientos. Estos autores dan importancia a la afirmación de Gardner (1983), quien identifica que una de las ocho capacidades humanas es la inteligencia kinésico-corporal, que tiene dos características fundamentales: el control de los movimientos del cuerpo, cuya acción se desarrolla en coordenadas espacio temporales, y la capacidad de manejar objetos hábilmente. Como profesores de educación física y conocedores de las normativas curriculares, también señalan que el marco curricular de las leyes educativas de educación en educación física se centra en competencias. Por esta razón, la propuesta pedagógica se dirige al desarrollo global del niño y, consecuentemente, deben tener en cuenta factores perceptivo-motores, factores físico-motores y factores afectivo-relacionales. Los factores perceptivo-motores tienen relación con la percepción del propio cuerpo; la percepción espacial como la situación, la dirección o la orientación; percepción temporal como la duración o el ritmo; conocimiento del entorno físico, y desenvolverse en el medio social. La percepción implica interpretar la información y construir objetos dotados de significación, retomar los propios conocimientos, operar sobre ellos construyendo nuevos aprendizajes y saber expresarlos. Los factores físico-motores hacen referencia al cuerpo que va adquiriendo dominio y control, poniendo en funcionamiento una gran cantidad de ejes de movimiento, de músculos, de articulaciones, de reacciones motrices; un cuerpo que va adquiriendo patrones de movimiento. Los factores afectivo-relacionales tienen que ver con la creatividad, confianza, tensiones, pulsiones, afectos, rechazos, alegrías, enfados, capacidades de socialización. Se

concede importancia al lenguaje no verbal como el diálogo tónico, la mirada, los gestos, los sonidos, y también al lenguaje verbal como el preguntar, pedir, proponer, expresar afectos, etc. Por lo tanto, Gil, Contreras y Gómez (2008) concluyen que el trabajo en educación física se centrará en el desarrollo del equilibrio, la lateralidad, la coordinación de movimientos; la relajación y la respiración; la organización espacio temporal y rítmica; la comunicación postural y tónica; la relación del niño con los objetos, con sus compañeros y con los adultos; el desarrollo afectivo y relacional; la sociabilidad a través del movimiento corporal; la adquisición de valores sociales e individuales; la expresividad corporal, lo que supone controlar y expresar su motricidad voluntaria en su contexto relacional manifestando sus deseos, temores y emociones.

Sheets-Johnstone (2010) argumenta que despertar la atención kinestésica, nos enfrenta al desafío de capturar verbalmente la estructura y flujo de nuestras dinámicas de movimiento, de manera que podemos desarrollar un lenguaje que nos ayuda a despertar la conciencia de cómo nos sentimos y cómo nos “movemos” en el mundo. Así, prestar atención a nuestra experiencia kinestésica nos da la posibilidad de la experiencia de un lenguaje más rico y refinado en relación a las situaciones en las que nos encontramos en nuestro día a día. La autora presenta una fenomenología de nuestras dinámicas kinestéticas que experimentamos revelando cuatro cualidades básicas del movimiento: de tensión, débil/fuerte; lineal, recto/curvo; área, cerca/lejos; contractivo/expansivo; abrupto/sostenido.

Podemos plantear que incluso como adultos “sanos”, hacernos conscientes de nuestras dinámicas cualitativas de la vida cotidiana y ampliar el repertorio dinámico del movimiento puede darnos experiencias de nosotros mismo como “hacedores” más eficaces y competentes a la vez que se desarrolla y amplía nuestro sentido del yo, lo que puede mejorar la autoconfianza y la autoestima. White (1971) definió la competencia como ser capaz de satisfacer situaciones y que la autoestima depende de la propia experiencia de ser capaz de

que sucedan las cosas que uno quiere y desea, como llevar a cabo con éxito las propuestas u objetivos de un juego (citado en Brenneman, 1991).

4. FALLAS EN EL DESARROLLO DEL SENTIDO DEL YO

Si una persona conoce sus capacidades y lo que se necesita para realizar alguna tarea de manera eficiente en una determinada situación, entonces la puede satisfacer adecuadamente. Sin embargo, si no es consciente de sus propias limitaciones, o de la complejidad de la tarea, o de las características y exigencias del contexto particular, difícilmente podemos esperar que pueda prever problemas o resolverlos con éxito. García (2008) hace referencia a ello con el concepto de metacognición entendida como control, que se refiere a los procesos de autorregulación utilizados por una persona en situaciones de aprendizaje y resolución de problemas, lo que ayuda a establecer metas y medios razonables, de determinar si se está logrando un avance satisfactorio hacia los objetivos, y de modificar debidamente la propia acción cuando el progreso no es adecuado.

Pallaro (1996) amplía la definición del sentido del yo que incluye el sentido de agencia, el sentido de cohesión física, el sentido de continuidad, el sentido de afectividad, el sentido de un yo subjetivo, el sentido de crear un orden, el sentido de transmitir significado, todo basado en el cuerpo como agente, contenedor, recipiente, espejo, sonda y vehículo de intercambio. Ahora bien, el desarrollo del sentido del yo y los procesos de autorregulación pueden verse perturbados en la infancia por factores biológicos, psicológicos y sociales y sus interacciones. En este punto destaco los sucesos traumáticos, considerados como tal los incidentes que son percibidos como amenazantes a la propia vida o integridad corporal de uno, como por ejemplo el abuso físico, abuso sexual, secuestro, tortura, terrorismo, desastres naturales, accidentes, recibir el diagnóstico de una enfermedad; también se considera sucesos traumáticos ser

testigos de actos de violencia a hacia otros, saber de la violencia o muerte inesperada de personas cercanas (Rothschild, 2015).

Después de un evento traumático los niños experimentan algunos signos persistentes, cognitivos, conductuales, fisiológicos, emocionales, y síntomas, a veces temporales, relacionados con la homeostasis interna fisiológica. En algunos casos los sistemas de respuesta al estrés no vuelven a la homeostasis del pre-evento, en los que signo y síntoma se vuelven tan severos, persistentes y perjudiciales que alcanzan el nivel de trastorno clínico. Los niños con trastorno de estrés post traumático (TEPT) pueden presentar una combinación de problemas (Perry, 2007). Los signos y síntomas incluyen: impulsividad; distracción y problemas de atención debido a la hipervigilancia; disforia; insensibilidad emocional; evitación social; la disociación; trastornos del sueño; juego agresivo; fracaso escolar y el desarrollo retrocedido o retraso.

A largo plazo el trauma en la niñez puede contribuir a una serie de problemas neuropsiquiátricos durante toda la vida. Según Perry (2007) el estrés traumático en la infancia aumenta el riesgo de problemas como problemas de apego, trastornos de alimentación, depresión, conducta suicida, ansiedad, alcoholismo, conductas violentas, trastornos del estado de ánimo. También pueden desarrollar problemas secundarios como la incapacidad de relacionarse adecuadamente con otro adulto y no poder desarrollarse de manera satisfactoria en la escuela. Esto puede conducir a una baja autoestima y, como resultado, verse una variedad de conductas que sirven para defenderse de estos déficits. Pierce (2014), considerando el trauma como un fenómeno que afecta la organización fisiológica, neurológica y psicológica del organismo humano, afirma que como resultado se pueden dar en el individuo síntomas de disociación, trastornos de personalidad y trastornos de estrés postraumáticos; estas afectaciones pueden dificultar el funcionamiento adaptativo en sus relaciones en el presente.

Desde el punto de vista de Levine (2013), Green (1980, 1998) y Paris Psychosomatic School, las perturbaciones durante el periodo pre-verbal de la infancia, o situaciones traumáticas que afectan la organización física, relacionadas con experiencias impresas en el soma (cuerpo) pueden producir áreas perforadas en la psique, áreas arcaicas que no están representadas o que tienen una representación insignificante (citado en Shuper, 2018). Las razones de la existencia de áreas no representadas en la psique son las fallas ambientales traumáticas en las funciones de contención y sostén durante el periodo pre-verbal de la infancia, aunque también puede ser la "demasiada cantidad" de experiencia traumática real que el cuerpo atravesó durante la vida adulta y provocó el colapso de las capacidades de representación, simbolización y verbalización (Levine, 2013).

Según Shuper (2018), como los eventos que experimentó el niño fueron antes de que se construyera el *self* o el yo y su mundo interno, y en ausencia de un otro (como un adulto) que lo hiciera por él, se fijan en la psique sin poder articularse. Lo que el autor sugiere es que a pesar de la existencia de estados no representados, indefinidos, o no descritos en las regiones de la psique es posible trabajar con el individuo, que es posible encontrar lo que surgió del soma pero que aún no se sometió al proceso de representación de la psique. Para ello tiene sentido trabajar con y desde el cuerpo sabiendo que todo lo que eventualmente llega a la memoria viene a través de información sensorial (Rothschild, 2015). El sistema de información sensorial exteroceptivo son los nervios que reciben y transmiten información del exterior del cuerpo a través de los ojos, orejas, lengua, nariz y piel. El sistema de información interoceptivo no es tan evidente o no somos completamente consciente de cómo procede. Hablamos de dos tipos de sentido interoceptivo, la propiocepción, que es el sentido de uno mismo, la habilidad de ubicar las partes del cuerpo en el espacio, es decir, el sentido kinestésico, crucial para la memoria implícita y procedural, o dicho de otro modo, para aquellos procesos inconscientes que funcionan de manera automática; y el sentido interno que

incluye la habilidad de sostener una postura balanceada en relación a la gravedad (sentido vestibular), regula el estado del cuerpo, el ritmo cardíaco, la respiración, el dolor, la temperatura interna, sensaciones de las vísceras y tensión muscular.

El sistema interoceptivo puede verse afectado o alterado impidiendo que la persona pueda relacionarse en su día a día de manera satisfactoria. Así, el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima, desarrollos de estilos de resolución de mala adaptación son difíciles de tratar mientras la perturbación fisiológica subyacente esté afectando la capacidad de modular la ansiedad, la concentración en el aprendizaje académico, tareas que impliquen ambientes sociales y la impulsividad conductual (Perry, 2007). Según Levine (2013) en situaciones donde hay una falta de representación en la psique los actos motores son frecuentemente el signo externo del acto a través del cual se expresa lo no representado; es a partir de la acción que ella misma es la ventana a los estados psíquicos primarios y un trampolín para el trabajo terapéutico.

5. COMPORTAMIENTO DEL MOVIMIENTO Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Emck, Bosscher, Beek y Doreleijers (2009) realizaron una búsqueda sistemática de estudios publicados entre 1997 y 2007 con lo que realizaron una revisión de la investigación epidemiológica psiquiátrica y los programas de atención clínica. Los resultados concluyen que los niños con trastornos emocionales, de comportamiento y del desarrollo generalizado presentan un rendimiento motor grueso deficiente y una autopercepción problemática de la competencia motora y que ello tiene un gran impacto en el desarrollo psicosocial de los niños. Dado que el desarrollo grueso en edad escolar (de 6 a 12 años) está mediado con los compañeros en los juegos, es de suma importancia su desarrollo ya que en la participación de juegos y deportes a menudo se requieren habilidades como correr, saltar y lanzar pelotas y

una deficiencia en el desarrollo motor grueso puede afectar el funcionamiento psicosocial. El autoconcepto deficiente es una característica de todas las categorías. Aunque a veces existe comorbilidad, los autores hacen una clasificación y nombran las características de cada trastorno.

Los niños con trastornos emocionales tienen problemas de equilibrio y una incompetente autopercepción motora cuyos síntomas son principalmente la depresión y la ansiedad. Los trastornos de ansiedad están relacionados con síntomas psicofisiológicos, como la falta de aliento y la alta tensión muscular que afectan directamente el comportamiento del movimiento del niño; participan menos en la actividad física y su comportamiento de juego se caracteriza por una disminución del disfrute.

Los trastornos de depresión se asocian a quejas somáticas como dolor abdominal, agitación psicomotora o retraso, fatiga, capacidad reducida para experimentar placer y disminución de la actividad en general, y al interactuar con los demás lo hacen predominantemente a través de la comunicación no verbal.

Los niños con trastornos de conducta muestran habilidades con la pelota deficientes, tienden a sobreestimar su rendimiento motor y suelen tener problemas para interactuar con los demás. Emck et al. (2009) encuentran que menudo van de la mano el TDAH y el trastorno de coordinación del desarrollo. Las características del comportamiento del movimiento del TDAH son la hiperactividad y la impulsividad excesiva, como también suelen haber problemas de laterización, dificultades generales de coordinación. Los síntomas del trastorno por oposición o desafiante son parecidos al TDAH y a menudo están presentes la tensión, la inquietud, la agitación psicomotora y un desarrollo perturbado de la conciencia corporal.

Por último Emck et al. (2009) presentan el trastorno del desarrollo generalizado. Los niños con este trastorno demuestran un bajo rendimiento motor grueso, una percepción de incompetencia motora y pueden mostrar problemas emocionales y de conducta sobre todo en

referencia al autismo y al síndrome de Asperger. El trastorno del desarrollo generalizado suele mostrar modales estereotipados y repetitivos y alteraciones de la expresión facial, de posturas corporales y gestos. A menudo se caracterizan como “torpes”, con problemas de coordinación motora y dificultades en el aprendizaje; es también frecuente que se asocie con la hiperactividad.

Emck (2014), que continúa en la misma línea de su artículo anterior apoyándose en diferentes estudios en psiquiatría infantil, afirma que los niños con trastornos del desarrollo neurológico a menudo muestran problemas en el comportamiento del movimiento, anomalías motoras significativas como inquietud, hiperactividad, caminar de puntillas, excitación motora, lentitud motora, estereotipos motores, tics, gestos, golpes en la cabeza, mordeduras espontáneas, estados catatónicos y trastornos del movimiento inducidos por medicamentos, como temblores y movimiento voluntario tardío, particularmente para los trastornos del espectro autista.

En una revisión sistemática posterior de la literatura sobre habilidades motoras de niños y adolescentes en condición psiquiátrica, Damme, Simons, Sabbe y West (2015) afirman que es ampliamente aceptado que desde la infancia temprana hasta la adolescencia el movimiento juega un papel esencial en varias facetas de la vida de los niños y que una infancia rica en juegos y habilidades motoras variadas fortalece los cimientos de otros dominios. La presencia de discapacidad motora puede limitar oportunidades sociales de los niños y puede dar lugar a dificultades significativas en la vida académica. Además, señalan que varios estudios inciden en que una capacidad motora deficiente tiene implicaciones en el funcionamiento psicosocial y emocional. Respecto a los estudios realizados parece que hay más evidencia científica de problemas motores en salud mental pediátrica en los trastornos TDAH y del espectro autista, especialmente este último, cuyos resultados generales indican que las habilidades motoras finas y gruesas se ven afectadas, más específicamente, problemas con la coordinación, el equilibrio, las

habilidades con la pelota, la locomoción, el control de objetos, la destreza manual y los retrasos motores finos y gruesos. Igual que en el estudio anterior se reconoce que es necesaria una mayor investigación sobre el tema. No obstante, como hay una concurrencia de investigadores que sugieren que el deterioro en las habilidades motoras es altamente prevalente en niños y adolescentes con una condición psiquiátrica, se cree importante que puedan recibir una evaluación completa del desarrollo, incluida la de las discapacidades motoras.

Desde otra perspectiva, el neurólogo Pineda (2000) hace referencia al concepto de *Función Ejecutiva* que define como el conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio. Según Pineda (2000) los síntomas que han sido relacionados con los síndromes prefrontales, son:

- *Impulsividad*: La persona es incapaz de posponer una respuesta, aunque tenga una instrucción verbal específica para no responder, y que en casos extremos se observa el llamado "magnetismo" o "imantación", es decir la necesidad incontrolable de tocar y manipular todos los objetos del ambiente.
- *Inatención*: Se genera por falta de desarrollo de un adecuado control mental y monitoreo sobre la naturaleza de los comportamientos y sus consecuencias. La persona se muestra inestable, distraído e incapaz de terminar una tarea sin control ambiental externo.
- *Dependencia ambiental*: va ligado a los dos anteriores e indica una falta de planeación, programación y autorregulación comportamental. Un síntoma a observar es la presencia de ecopraxia, es decir la imitación inerte de las actividades de los demás.
- *Perseverancia patológica y la inercia comportamental*: indica una falta de flexibilidad en la autorregulación de los comportamientos y las conductas. Se caracteriza por la incapacidad

de detener una acción una vez que esta se ha iniciado, aun cuando reciban la orden explícita de parar, actúan como si no tuviesen freno comportamental, el cual es regulado en el sujeto normal por el lenguaje y el contexto social.

- *La alteración metacognoscitiva*: Es la incapacidad para reconocer la naturaleza, los alcances y consecuencias de una actividad cognoscitiva, manifestada a través de los comportamientos y de las conductas. El sujeto es incapaz de evaluar conceptual y objetivamente las cosas que hace o dice. No hay capacidad metacognoscitiva para sopesar una situación o un evento y atribuir de manera justa las causas del éxito o el fracaso de la acción a los elementos externos o a las decisiones y acciones propias; proceso el cual, según Pineda, debería estar totalmente desarrollado en la adolescencia y debe afinarse y sincronizarse culturalmente para garantizar una adecuada modulación conductual.

Pineda (2000) afirma que los trastornos neurológicos y psiquiátricos asociados con alteraciones de la función ejecutiva son: deficiencia atencional con y sin hiperactividad , síndrome de Gilles de La Tourette, síndrome de Asperger, trastorno autista, síndrome desintegrativo infantil, depresión infantil, trastorno obsesivo compulsivo infantil, trastornos de la conducta, trastorno explosivo intermitente. Algunos trastornos en el adulto que producen disfunción ejecutiva son la farmacodependencia y abuso de sustancias, psicopatía y trastorno violento de la conducta, esquizofrenia, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, daño cerebral focal por trauma de cráneo, enfermedad de Parkinson, esclerosis Múltiple. En la misma línea, Soprano (2003) señala que las alteraciones de las funciones ejecutivas se mencionan con frecuencia como parte de numerosos cuadros neurológicos y psicopatológicos, desde problemas de conducta, lenguaje y aprendizaje hasta trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenia, síndrome por déficit de atención con hiperactividad, fenilcetonuria, síndrome de Tourette, síndrome de Turner, cromosoma X frágil, autismo, síndrome de Asperger,

enfermedad de Parkinson, corea de Sydenham, corea de Huntington, epilepsia del lóbulo temporal.

García, Rigau y Artigas (2006) presentan el trastorno de aprendizaje no verbal (TANV) el cual se atribuye a disfunciones cognitivas debido a las diferencias en el procesamiento de la información entre el hemisferio derecho y el izquierdo. En la práctica los niños que padecen este trastorno presentan un déficit en la percepción táctil y visual, un déficit en las habilidades de coordinación psicomotora, dificultades en la organización espacial y de destreza para tratar con materiales o con circunstancias nuevas, lo que consecuentemente acarrea otras dificultades, la atención táctil y visual, que a su vez conllevan fracasos en el aprendizaje de memoria táctil y visual y en funciones ejecutivas como la formación de conceptos, resolución de problemas, razonamiento abstracto y velocidad de procesamiento de la información. De todo ello resultan dificultades académicas específicas, de habilidades sociales y de interpretación de la información no verbal como la gesticulación, expresiones faciales, caricias... Es por ello que estos niños suelen desarrollar conductas inadecuadas para compensar sus problemas de interacción, y que en ocasiones tienen a aislarse y a deprimirse. Se sugiere que es probable que muchas de estas reacciones estén relacionadas con no poder comprender bien el significado de la información emocional. Por otro lado, estos niños suelen tener excelentes habilidades que dependen de la memoria auditiva y, en consecuencia, una buena memoria mecánica y buena estructura del lenguaje. Según diferentes estudios los niños con TANV tiene puntos en común con el síndrome de Asperger (SA), por ello algunos clínicos creen que el SA y el TANV forman parte del mismo continuo, o que el TANV podría ser un modelo explicativo de SA.

Es también relevante hacer referencia a la revisión que hace Röhricht (2009) desde una perspectiva académica sobre la psicoterapia integrada orientada al cuerpo y su evidencia clínica, en la que se expone una relación entre cuerpo-movimiento y trastornos clínicos. Estos

tipos de tratamientos terapéuticos abarcan procesos orientados a la percepción, modelan el procesamiento emocional, afectan la regulación, el comportamiento del movimiento y la conciencia corporal que impactan en los procesos/problemas psicológicos. Röhrich (2009) encuentra que estas terapias orientadas al cuerpo son utilizadas para una amplia gama de problemas de salud mental; a continuación se describen algunos de ellos.

Los trastornos de ansiedad identifican una asociación entre una percepción corporal negativa y los niveles de ansiedad; a menudo estos pacientes presentan una variedad de síntomas de somatización, como presión en el pecho, dolor, dificultad para tragar, y también es frecuente un retraso motor, falta de energía y poca motivación.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una aberración severa de la imagen corporal, que incluye una sobreestimación del tamaño corporal, una catexis negativa del cuerpo y actitudes hostiles hacia el propio cuerpo (que a veces conduce a procesos disociativos), y el control o la manipulación de las funciones corporales, como ejercicio excesivo o vómitos. El análisis de movimiento de estos pacientes muestra un flujo libre de movimiento reducido o limitado, falta de énfasis en el peso y del uso del espacio.

Los pacientes somatomórficos crónicos tienen mayores dificultades para expresar sus sentimientos y emociones y usan el lenguaje corporal en lugar de hablar de sus problemas. A menudo los estímulos sensoriales del cuerpo experimentan una ampliación somática. Estos pacientes tienen un mecanismo de control respecto a sus funciones corporales, que a menudo presentan una expresión motora reducida (comportamiento evitativo), aumento del tono muscular y tensión.

Los pacientes esquizofrénicos presentan una gama de sensaciones corporales cualitativamente anormales y alucinaciones somáticas. Experimentan un esquema corporal centralizado con una subestimación de la periferia y sensaciones de contracción/ampliación. Las perturbaciones de la experiencia corporal también incluyen, además de la despersonalización

somática, la pérdida de límites y pueden presentar movimientos estereotipados, autocontacto repetitivo, autoestimulación con palmadas o golpear partes del cuerpo contra objetos, por poner algunos ejemplos.

Según este artículo sobre los estudios realizados se pueden identificar hipótesis sobre la contribución específica que las terapias orientadas al cuerpo pueden ofrecer, aunque el autor también reconozca que faltan estudios que muestren una mayor evidencia científica. Estas hipótesis son:

1. La inmediatez de la experiencia corporal es importante para la prueba de realidad y, por lo tanto, puede ofrecer beneficios terapéuticos en el trabajo de la psicosis.
2. Las percepciones y cogniciones relacionadas con el cuerpo forman la base de la autoexperiencia y el desarrollo del yo y, por lo tanto, pueden utilizarse terapéuticamente para el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad.
3. El impacto directo en el procesamiento emocional y los comportamientos de los movimientos psicomotores relacionados sugiere que las terapias orientadas al cuerpo pueden ofrecer intervenciones únicas de tratamiento de trastornos afectivos.
4. La mejora de la percepción corporal podría ser una intervención clave para el tratamiento de la aberración perceptiva, como por ejemplo la percepción distorsionada del tamaño corporal en la anorexia nerviosa y/o la esquizofrenia.

Ateniéndonos a la afirmación de Buytendijk (1971), a la que Röhrich (2009) hace referencia en su artículo, como la planificación y el comportamiento del movimiento están estrechamente relacionados con el esquema corporal, la percepción corporal y la imagen corporal, se sugiere que debemos apuntar específicamente a las experiencias corporales para cambiar el comportamiento.

6. DANZA Y JUEGO: CUERPO EN MOVIMIENTO

Veamos ahora la danza y el juego, dos elementos de la Danza Movimiento Terapia, como cuerpo en movimiento o cuerpo en acción. Sirvan de precedentes la exposición de estos elementos para una posterior presentación de la DMT. Por un lado, ya sea por experiencia propia o por sabiduría popular, sabemos la importancia que tiene el juego en la vida de los niños. Además, constato que en mi primer año de prácticas del máster con población infantil el juego casi siempre estaba presente en las sesiones. Por otro lado, la danza podría ser la segunda actividad espontánea al ver a bebés agitar sus piernas y brazos y gesticular con la cara al oír sonar alguna canción. De acuerdo con este planteamiento encontramos la idea en neurociencia de la recepción musical como una experiencia en que los eventos sonoros se interpretan como una forma sónica en movimiento, es decir, que tienen la capacidad de impactar de modo directo en el sistema fisiológico humano adoptando formas en la experiencia corporal. “Los movimientos concordantes con las formas sónicas de la música están basados en mecanismos perceptivos y sensoriomotores y pueden ser portadores de un significado capaz de ser comunicado a, y entendido por otras personas, en particular cuando se comparte la experiencia cultural” (Martínez y Pereira, 2011, p. 522). Además, la música y la danza son elementos presentes en las diferentes culturas a lo largo de la historia (Rodríguez y Dueso, 2015), son manifestaciones inherentes al quehacer social de toda comunidad humana (Castañer, 2001).

Así, por un lado, tenemos el juego como la actividad más natural en la que el niño se desarrolla, pues está todo el tiempo jugando y experimentando, explorando, descubriendo su entorno, y sin darse cuenta aprende adquiriendo las nociones de espacio y tiempo, conoce y desarrolla su cuerpo, empezando a dar sentido a los objetos y a las personas (Reyes, Sanchez, Hernandez y Sanchez, 2001). Además el juego es una actividad que trasciende la diversión, el

ocio y la satisfacción, ya que a través de él se transmiten valores, normas de conducta, se resuelven conflictos, educan y desarrollan muchos factores de la personalidad (Lopez, 2010).

Por otro lado, también tenemos la danza en la que nos sumergimos en el proceso de la acción, cuyo material es el movimiento, la interacción de esfuerzo y espacio por medio del cuerpo en movimiento, movimientos que realizan formas en el espacio impregnados de esfuerzo que surge de toda una gama de impulsos, intenciones y deseos (Laban, 1987). La danza es una forma artística que brinda a los participantes la oportunidad de aprender a través del uso del cuerpo en movimiento. Para Gardner (2004), Kaufman (2006), Lasa y Ideishi (2007), Luntz y Kuhlman (2000) el movimiento es una forma fundamental de aprender y desarrollar la capacidad de percibirse a sí mismos y sus acciones, así como una forma de entender y negociar con el entorno (citado en Zitomer y Reid, 2011).

La danza y el juego comparten aprendizajes en distintas capacidades y habilidades, que podemos clasificar en aprendizajes de *acción motora* y de *procesos cognitivos*, en relación a *emociones y sentimientos* y en relación a *componentes sociales*.

La habilidad de bailar se puede definir basándonos en 5 constructos: conciencia del cuerpo, conciencia espacial, habilidad para seguir pautas orales y musicales, capacidad de imitar el movimiento, habilidades de visualización y de memoria (Zitomer y Reid, 2011). Bond (1997) (citado en Giguere, 2011) señala que la experiencia de baile de un niño involucra cualidades asociadas con la práctica artística, incluidas la sensibilidad sensorial, el enfoque espacial, las preferencias estilísticas personales, la imaginación, el compromiso intelectual, el compromiso con la práctica y el rendimiento, la disciplina y la forma. Giguere (2011) muestra dos enfoques básicos: centrado en el niño, en el que el contenido de las lecciones se basa en el descubrimiento; y en la disciplina, en el que se imparte un cuerpo de conocimiento predeterminado. Laban (1987) da una consideración importante a la danza como el lenguaje de la acción; un conjunto de acciones corporales y mentales ordenadas coherentemente, “La

danza puede ser considerada como la poesía de las acciones corporales en el espacio” (p.43). Además de beneficios emocionales, los educadores de danza y defensores de la educación artística mantienen que la participación en procesos creativos da la oportunidad de desarrollar habilidades de pensamiento. Pero no solo estimula el desarrollo cognitivo, también sostienen que facilita el desarrollo de la tolerancia a la ambigüedad, el respeto por las propuestas divergentes, la libertad de solucionar problemas, habilidades de pensamiento crítico que ayudan a tomar buenas decisiones, fomentar respuestas de movimiento diferentes, transformar ideas en la creación del baile.

Vicente, Ureña, Gómez y Carrillo (2010), afirman que algunos autores como Fernandez (1997) destacan el aspecto expresivo y afectivo de la danza definiéndola como un medio capaz de expresar las emociones y los sentimientos mediante la sucesión de movimientos organizados que dependen de un ritmo; o Robinson (1992) que la concibe como la respuesta corporal a las impresiones y sentimientos del espíritu, ya que estos últimos suelen ir acompañados de gestos; o García (1997) que la concibe, entre otras cosas, como acción motora que utiliza el cuerpo como medio para expresar ideas, emociones y sentimientos; o Torrents (2008) quien menciona, junto a la búsqueda de la expresión individual de sentimientos y pensamientos, la importancia de la danza contemporánea como estímulo para la creatividad y resolución de problemas. Vicente et al. (2010) también hacen referencia a los aspectos sociales, la danza como un fenómeno social y una actividad de transformación personal, además de la liberación de estrés, el enfoque y la concentración, sentido de sí mismo, libertad. Se destaca el componente social señalando que la danza es una de las pocas actividades en las que el contacto directo y la búsqueda espontánea del mismo son aceptados. Se forman grupos que se unen por las manos, la cintura y brazos favoreciendo la simultaneidad del gesto y el acuerdo tónico, siendo el ritmo el generador principal de dicho acuerdo y de una comunicación más profunda.

Por otro lado, el juego como acción infantil por antonomasia está vinculado a la creatividad, la solución de problemas, al desarrollo del lenguaje y a roles sociales, y tiene funciones educativas en cuanto ayuda al niño a desarrollar sus capacidades motoras, mentales, sociales, afectivas y emocionales, además de estimular la observación y exploración. Todo ello proporciona las experiencias que enseñan a vivir a los niños en sociedad, a conocer sus posibilidades y limitaciones, a crecer y a madurar (Lopez, 2010). La autora hace una clasificación de los aspectos que mejora el juego en los niños, que son:

- Desarrollo psicomotor: equilibrio, fuerza, manipulación de objetos, dominio de los sentidos, coordinación óculo-motriz, capacidad de imitación, coordinación motora.
- Desarrollo cognitivo que estimula la atención, la memoria, la imaginación, la creatividad, la discriminación de la fantasía y de la realidad, y el pensamiento científico y matemático; y el desarrollo del rendimiento, la comunicación y el lenguaje, y el pensamiento abstracto.
- Desarrollo social: juegos simbólicos que favorecen los procesos de comunicación y cooperación con los demás, el conocimiento del mundo adulto, la preparación para la vida laboral, la estimulación de la moralidad; y los juegos cooperativos que ayudan para la comunicación, la unión, la confianza en sí mismos, potencia el desarrollo de las conductas pro-sociales, disminuye las conductas agresivas, facilita la aceptación de los demás.
- Desarrollo emocional: ayuda a desarrollar la subjetividad del niño, produce satisfacción emocional, ayuda a controlar la ansiedad, controlar la expresión simbólica de la ansiedad, facilita la resolución de conflictos.

7. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

7.1. Orígenes

A comienzos del siglo XX, en Occidente, surgen nuevos modos de entender y mover el cuerpo, buscando la expresividad, la espontaneidad y la creatividad en contraposición a la

rigidez de las formas clásicas (Levy, 1995); bailarinas como Isadora Duncan o Mary Wigman propiciaron nuevos lenguajes en movimiento. El lenguaje expresivo de la danza moderna y contemporánea permitió al individuo crear nuevas formas y utilizar su cuerpo sin limitaciones técnicas. Este nuevo lenguaje corporal en danza, la ruptura filosófica de la escisión cuerpo-mente de Descartes, las teorías psiquiátricas de Freud, las investigaciones de William James sobre las expresiones corporales y su correspondiente emoción (Rossberg-Gempton y Poole, 1992), el estudio de Jung y de Adler, entre otros, fueron de gran influencia para las danza movimiento terapeutas, quienes observaron en sus clases el potencial terapéutico de la danza y sus elementos para el desarrollo personal (Rodríguez, 2011). También fueron importantes las aportaciones de Wilhelm Reich y su alumno Alexander Löwen que desarrollaron métodos no verbales y se preocuparon por la estructura corporal, su expresión y la posibilidad de conseguir cambios psíquicos a través de ejercicios determinados (Panhofer, 2013).

En Estados Unidos, hacia los años '40', se estableció la Danza Movimiento Terapia sobre todo gracias al trabajo de Marian Chace, la gran pionera de la DMT, en el hospital St. Elizabeth en el sureste de Washington D.C. El personal psiquiátrico comenzó a reconocer que las clases de danza moderna basada en aspectos terapéuticos que se impartían en sus instituciones, tenían algunos efectos terapéuticos sobre sus pacientes, y la vez que los pacientes informaban a sus psiquiatras de los beneficios y puntos de vista que estaban obteniendo (Rodríguez y Dueso, 2015).

Chace, con 25 años de experiencia como profesora de baile, descubrió que sus alumnos no iban a sus clases para desarrollar sus capacidades técnicas, sino para ganar más confianza y autoestima. Siguiendo esta línea fue en 1942 que empezó a trabajar en el hospital psiquiátrico, en un programa entonces llamado *Danza de la comunicación* (Levy, 1988). Además de sus trabajos innovadores con pacientes psiquiátricos en hospitales, estableció una metodología de trabajo que transmitió a un gran número de seguidoras, posibilitando así la creación de la

American Dance Therapy Association (ADTA), y generando los primeros grupos de danza movimiento terapeutas. Trabajaba en sesiones individuales pero sobre todo grupales donde a lo largo de los años desarrolló una metodología basada en cuatro aspectos fundamentales (Rodríguez y Dueso, 2015):

- Mediante la técnica *mirroring* o reflejo empático técnica el/la terapeuta se pone en el lugar emocional del paciente aportándole un significado que ayudaba a éste a dar valor a su experiencia inmediata.
- La utilización de la narración verbal como un modo de reflejar el proceso individual o grupal que se está llevando a cabo, lo que permite dar significado a lo experimentado durante la sesión, así como interrelacionar conceptos y tomar conciencia sobre uno mismo.
- La utilización del ritmo como una forma de organizar la expresión de pensamientos y sentimientos, a través de una estructura dentro de la cual el cuerpo puede expresarse.
- La utilización de la danza como un proceso grupal de cohesión.

Otras pioneras, Mary Whitehouse, Trudi Schoop, Blanche Evan, Liljan Espenak, Irmgard Bartenieff y Alma Hawkins trabajaron en contextos diferentes y con poblaciones muy distintas lo que contribuyó a ir consolidando un marco de conocimiento y una metodología de trabajo propia de la DMT (Levy, 1988). El trabajo se comenzó a desarrollar no sólo en hospitales e instituciones psiquiátricas y en la práctica privada, sino también en diferentes marcos terapéuticos, como en instituciones educativas o en cárceles. También se extendía la DMT a diferentes afectaciones como autismo, necesidades especiales y retrasos del desarrollo, Alzheimer, ceguera, sordera, dolores crónicos, anorexia, lesiones cerebrales, Parkinson (Wengrower y Chaiklin, 2008).

Poco a poco surgieron profesoras de danza a interesarse en formarse lo que en aquel momento se llamaba Danzaterapia y en 1966 se creó la Asociación Americana de Danza

Terapia (ADTA) y fue desarrollándose en adelante; y más tarde en Europa (Panhofner, 2013). En 1975 se crea la Association for Dance Movement Therapy United Kindom (ADMT-UK), en el año 2000, coincidiendo con la celebración de la 5ª Conferencia para el desarrollo de los profesionales europeos de la DMT, se crea la Red Europea de asociaciones de DMT (EADMT). Un año más tarde se crea la Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (ADMTE) con la intención de ofrecer una alternativa psicoterapéutica.

7.2. DEFINICIÓN

Según la Asociación Española de Danza Movimiento Terapia, la DMT es una de las modalidades dentro de las Terapias Artístico Creativas, que se define como el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica (cuerpo-mente) del individuo. Se caracteriza por el uso que hace del medio y proceso artístico, la danza y el movimiento, para ayudar a solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. Se parte de la premisa básica de que todo movimiento corporal puede llevar a su vez a cambios en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal. Se trabaja con el movimiento y la emoción, el cuerpo y su propio lenguaje que se fundamenta en la investigación sobre la comunicación no verbal, la psicología del desarrollo humano y los diferentes sistemas del análisis del movimiento. Ejemplos de psicopatologías que pueden obtener los beneficios de esta práctica:

Psicopatologías en adultos: trastornos mentales como adicciones, esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos, trastornos Emocionales (depresión, borderline), trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia) y trastornos de la personalidad.

Psicopatologías en niños/adolescentes: Trastornos del desarrollo, de la motricidad, de aprendizaje, de falta de concentración y/o atención, hiperactividad y autismo.

La asociación de Danza Movimiento Terapia del Reino Unido (ADMP-UK) reconoce el movimiento corporal como un instrumento implícito y expresivo de comunicación en el cual los pacientes y terapeutas participan en un proceso creativo empático que utiliza el movimiento corporal y la danza para ayudar a integrar aspectos emocionales, cognitivos físicos, sociales, y espirituales de uno mismo. Esta terapia se practica de manera individual y grupal en entornos de la salud, la educación, los servicios sociales y la práctica privada. El psicoterapeuta primeramente observará y explorará con el paciente sus aspectos comunicativos y creativos del movimiento improvisado para ir conociéndolo y empezar un proceso terapéutico. A través de la danza y el movimiento el mundo interior de la persona se hace más tangible, se comparte el simbolismo personal, se muestran los modelos de relaciones personales que uno tiene con los demás y se encuentran significados en gestos, posturas y cualidades del movimiento (Panhofer, 2013).

En estos últimos años han surgido varias terapias corporales, como la técnica Feldenkrais, la técnica Alexander, entre muchas otras. Wengrower y Chaiklin (2008) distinguen a la DMT de las demás terapias corporales por poner el acento en el cuerpo y su postura y en la forma en que ésta influye en la percepción de uno mismo y de los demás; en las tensiones del cuerpo que pueden inhibir la acción o el sentimiento; en la conciencia de la respiración tanto si se libera como si se retiene; y en la utilización sensorial del tacto. Todo esto relacionado con la forma artística de la danza, en la que el individuo pone en juego su cuerpo en el espacio y el tiempo apoyándose en la creatividad.

Así, una de las metas de la DMT es la integración de mente y cuerpo gracias a la identificación presente de emociones y sensaciones conectadas a partes concretas del cuerpo, fortaleciendo de este modo la propia identidad; además el o la danza movimiento terapeuta (dmt), invita a experimentar nuevas combinaciones de movimiento y actividad muscular y respiratoria ofreciendo nuevas experiencias que permiten registrar alternativas en la expresión

corporal y emocional, lo que posibilita la regulación y modulación de las emociones. Una de las funciones de la DMT es revalorizar los mensajes implícitos, captar y atender las necesidades de los aspectos del *self* que se encuentran disminuidos, escindidos o congelados y promover estructuras de exploración del movimiento acordes con las cualidades de movilidad particulares, que como condimentos necesarios faltaron en su experiencia originaria, dando lugar así a una reedición-actualización de la carencia y a la novedad a través de la amplificación de la gama de cualidades de movilidad intervinientes, Fishman (2008). Otra de las metas principales es estimular la creatividad. La posibilidad de crear algo nuevo genera sentido de empoderamiento y autoestima en un proceso creativo que da valentía para transformar sus experiencias internas en realidades externas, promoviendo así su propia conciencia y las posibilidades de sí mismo en el mundo (Malaquias, 2010).

Emck y Bosscher (2010) presentan similitudes entre la terapia psicomotora (PMT) para niños, como se desarrolló en los Países Bajos, y la DMT tal y como se práctica en el Reino Unido y los Estados Unidos. Ambos utilizan el movimiento y las experiencias corporales para estimular el desarrollo psicosocial, disminuir los trastornos psicológicos y del comportamiento, aliviar los síntomas psiquiátricos o disminuir el impacto de estos síntomas en el funcionamiento y la participación de los niños en la vida diaria. Según estos autores, algunos de los temas que comparten en la terapia para niños es la aceptación corporal, la participación y el disfrute en las actividades de movimiento, la competencia física y motora, el rendimiento motor, el autocontrol, la autoconfianza y la autoexpresión, y el juego y la interacción con los compañeros.

Desarrollando un poco estos temas, Emck y Bosscher (2010) muestran en el artículo que para la salud del niño es importante tener una experiencia corporal positiva, mejorar la conciencia y el contacto con el propio cuerpo, así como conciencia de los propios sentimientos y sensaciones corporales; en algunos casos las experiencias negativas de un niño pueden haber

obstaculizado el desarrollo de la conciencia corporal o malinterpretar las señales corporales. Participar en dinámicas de movimiento puede ayudar a reducir el miedo y la ansiedad y estimular sentimientos de seguridad, rompiendo así comportamientos de evitación, ayudando a reducir la tensión corporal, dando la posibilidad de adquirir experiencias positivas de cuerpo y movimiento, y promoviendo el disfrute, lo que favorece el desarrollo de la competencia motora percibida de manera adecuada y positiva. Una mejora en la competencia física y motora en una amplia gama de movimientos y juegos ayuda a desarrollar una autoimagen positiva. Mejorar las habilidades motores gruesas, locomoción y control de objetos, ayuda a mejorar la orientación espacial y corporal, así como el desarrollo sensoriomotor. La terapia también ayuda a los niños a controlar sus impulsos, a regular la energía, mejorar la concentración, tolerar la frustración y actuar de manera independiente y autónoma, además de ayudarles a actuar de manera más asertiva, y a expresar sus emociones y actuar espontáneamente, aumentando la autoconfianza en sí mismos sobre todo para los niños más inhibidos. Por último, jugar e interactuar con los compañeros ayuda a aprender a relacionarse con otros niños, jugar cooperativamente y adoptar perspectivas sociales, y aprender a regular el propio comportamiento del movimiento a través de las reglas del juego.

7.3. PREMISA Y HERRAMIENTAS PRINCIPALES DE LA DMT: UNIDAD CUERPO-MENTE, EMPATÍA KINESTÉSICA Y ANÁLISIS DE MOVIMIENTO.

La premisa en DMT de la unidad mente-cuerpo para el proceso psicoterapéutico es sumamente importante, del mismo modo que la utilización de la empatía kinestésica y el análisis del movimiento para lograr la integración psicofísica del individuo.

Unidad Cuerpo-mente

La reconciliación cuerpo-mente tiene lugar en muchas disciplinas sobre todo después de la fenomenología de Merleau-Ponty (Koch, 2006) como primer enfoque filosófico en el que el

cuerpo en sentido ontológico y epistemológico es la condición permanente de la experiencia humana. Las teorías *embodiment* (citado en Koch, 2006) tienen sus raíces en la filosofía (Fuchs 2000; Hurley, 1998; Merleau-Ponty, 1962; Zaner, 1964), antropología (Lock y Scheper-Huges, 1987; Csordas, 2002; Strathern, 1996), la investigación de la inteligencia artificial (Clark, 1999) y la lingüística cognitiva (Lakoff y Johnson, 1980; 1999). Una de las principales características de esta nueva concepción de “mente encarnada” en el cuerpo o *embodiment* es que se toma el cuerpo como la condición existencial para la percepción y la acción; supone una forma de percepción, una modalidad específica de la representación del conocimiento a través del sistema sensorio-motor.

Tiene gran relevancia tener en cuenta también a científicos y pensadores en este cambio de paradigma como William James en 1932, quien se aproximó a las observaciones de Darwin con la experimentación de buscar correlaciones entre una postura dada y su correspondiente emoción (Rossberg-Gempton y Poole, 1992), o las importantes investigaciones del neurólogo Damasio en 1944 (Damasio, 2006). Él estudió la relación cuerpo-mente a partir de casos de lesiones prefrontales, de lo que postuló algunas afirmaciones. Los circuitos cerebrales que se ocupan conjuntamente de las emociones y de la toma de decisiones suelen participar en la gestión cognitiva y el comportamiento social. Cuerpo y cerebro forman un organismo indisoluble que interactúa con el ambiente como un todo, que interactúa y genera respuestas externas, conocidas como el comportamiento, y respuestas internas algunas de las cuales son visuales, auditivas, somatosensoriales. Poseer una mente conlleva la capacidad de formar representaciones neurales que pueden convertirse en imágenes, ordenadas a través del pensamiento, e influir en el comportamiento para predecir, planificar y elegir la siguiente acción; los fenómenos mentales sólo pueden comprenderse en el contexto de la interacción de un organismo con su ambiente. Los sentimientos también forman parte de la maquinaria cognitiva y neuronal que hay detrás del razonamiento y la toma de decisiones. Damasio

(2006) propone que los sentimientos no sólo se basan en el sistema límbico sino también en algunas de las cortezas prefrontales que integran señales que proceden del cuerpo. Contrariamente a la opción científica tradicional, los sentimientos son tan cognitivos como otras percepciones. Describe la esencia de la emoción como conjunto de cambios en el estado corporal que responde al contenido del pensamiento en relación a una entidad o acontecimiento determinados.

Deutsch (1947), siguiendo la idea de la correlación cuerpo-mente, divulgó que las posturas voluntarias e involuntarias son influenciadas por motivaciones conscientes e inconscientes, que los movimientos son manifestaciones de procesos emocionales y sirven como descargas motoras de las tensiones psíquicas (citado en Rossberg-Gempton y Poole, 1992). En las décadas de 1960-1970 las investigaciones Reich y Lowen influenciados por esta nueva corriente creían que la personalidad o el carácter de una persona se manifestaba en la postura y expresión corporal, lo que llevó a Lowen a idear una terapia basada en el cuerpo para realizar cambios en la persona (Tord, 2013). Este paradigma de la correlación mente-cuerpo está estrechamente relacionado con la DMT, en la que siempre se está involucrado con la expresión y transformación de las emociones apoyándose en la creencia de que las emociones motivan y dan forma a la manera en la que nos movemos (Chodorow, 1995). Este autor entiende la emoción como somática y psíquica a la vez, entendiendo lo somático como a las inervaciones corporales y la acción física expresiva, y lo psíquico a las imágenes e ideas asociadas. En su opinión cada patrón de movimiento expresivo está energizado y transformado por las emociones. Chodorow (1995) hace referencia al trabajo de Tomkins (1972, 1973) quien diferenció entre emociones e impulsos viendo las emociones como el sistema de motivación primario y los impulsos como secundarios. Los impulsos como el hambre o la sexualidad requieren amplificación de las emociones para funcionar. Por ejemplo, en un estado de depresión el interés se retira de las actividades de la vida, y sin interés que

amplíe el deseo de hambre o de deseo sexual perdemos el apetito por la comida y por nuestro deseo sexual.

El concepto de la unidad cuerpo-mente es una de las premisas a partir de la que opera la DMT, entendiendo que si se provoca un cambio en el comportamiento del cuerpo le corresponde un cambio en la mente y viceversa (Vira, 2012). Implementar la exploración de gamas y combinatorias de movimiento, sonido y contacto, como modos de intervención, además de la palabra, convierten a la DMT en una vía efectiva para el acceso a los aspectos no integrados o no desarrollados de los distintos dominios del *self* que requieren ser restaurados (Fishman, 2008).

Empatía kinestésica

La investigación de Vira (2012) le lleva a afirmar que la neurociencia moderna reconoce que la DMT tiene la capacidad para involucrar el cerebro humano a través de las intervenciones corporales que afectan el funcionamiento físico y psicológico del individuo. Tiene especial importancia el descubrimiento que menciona Vira (2012) en su artículo de las neuronas espejo, descubiertas por los neurocientíficos Gallese, Keysers y Rizzolatti (2002); Gallese (2005); Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolatti (1996). Las neuronas espejo, relacionadas con la empatía y la intersubjetividad, son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando él observa una acción similar realizada por otro individuo; las neuronas espejo forman parte de un sistema de redes neuronales que posibilita la percepción-ejecución-intención (García, 2008). Cuando el individuo ve a otro realizar una acción, se provoca en el cerebro del observador la acción equivalente, evocando a su vez la intención con ella asociada; es así cómo se puede atribuir a otro la intención que tendría tal acción si la realizase uno mismo. Esto nos ayuda a ponernos en el lugar de los demás, comprender sus intenciones, “leer” sus pensamientos, sentimientos y deseos, lo que resulta fundamental en la interacción social. La comprensión entre las personas se basa en que

captamos las intenciones y motivos de los comportamientos de los demás facilitando la empatía en las relaciones intersubjetivas. Se cree que el mecanismo del sistema de las neuronas espejo coordina la percepción de la comunicación no verbal a través de rutas visuales y auditivas, por tanto, esto sugiere que mediante el seguimiento del movimiento y la expresión en los demás, el sistema de neuronas espejo puede proporcionar una función neurofisiológica que fundamenta las respuestas psicoafectivas, incluyendo la empatía, la moralidad y la consciencia (Vira, 2012). García (2008) afirma que gracias a la imitación motora, los niños ejercitan no solo sus propias posibilidades de expresión, sino que empiezan a captarse como sujetos agentes y empiezan a desarrollar una autoconciencia que se enraizaría profundamente en las reacciones motoras reflejas de imitación. Además señala de diversos estudios apuntan que es de mucha utilidad para pacientes con lesiones cerebrales en las áreas motoras, pues las partes del cuerpo paralizadas pueden recuperar funciones mediante ejercicios de rehabilitación, ya que las áreas cerebrales próximas pueden asumir las funciones de las lesionadas.

La empatía kinestésica en un proceso terapéutico permite al terapeuta ponerse en el lugar del paciente y comprender sus intenciones detrás de sus acciones, lo que es crucial para empatizar y sintonizar somáticamente en las interacciones con el paciente. El concepto espejo por parte del terapeuta implica la imitación de movimientos, intenciones, o emociones del paciente. Röhrlich (2009) señala que el descubrimiento de las neuronas espejo sugiere un mecanismo biológico para aprender a través de la imitación, la comprensión y la empatía. Dos beneficios importantes para el paciente son, por un lado, que le ayuda a sentirse comprendido y aceptado por el terapeuta al verse reflejado en él, y por otro, también le ayuda a sintonizar, a empatizar y a integrar nuevos movimientos y tonalidades afectivas, con los movimientos y dinámicas propuestas por el terapeuta o por los compañeros del grupo en las sesiones; todo

ello proporciona al paciente una sensación de seguridad, aceptación y confianza (Erfer y Ziv, 2006).

El terapeuta pone un alto grado de atención y conciencia en intentar encarnar cómo se siente el paciente, mental, emocional y físicamente. Homan (2010) señala que el movimiento activo permite que las emociones poderosas como la rabia o la alegría sean experimentadas más conscientemente haciéndolas más disponibles al procesamiento verbal (citado en Vira 2012). Vira afirma que seguir las experiencias del cuerpo a través de la detección de emociones y responder a través del movimiento ayuda a regular la emoción. La conciencia y la regulación de las propias emociones ayudan al paciente fuera de las sesiones permitiéndole acceder a nuevas opciones para responder a situaciones complicadas para él; no solo adquieren un mayor manejo para autorregularse, también aumentan su confianza gracias a nuevos patrones de movimiento y respuesta en el intercambio con los demás.

Análisis de movimiento

Por lo dicho hasta ahora de la DMT vemos que la atención en la observación del movimiento del paciente está más relacionada con el cómo lo hace que en el movimiento que hace, y es a partir de sus cualidades que se harán las oportunas intervenciones. Para Pishney (1974/75) la memoria de los patrones de movimiento está archivada en los músculos, y que si uno puede aumentar el rango de movimiento y los patrones, entonces uno también puede incrementar el rango de afrontamiento y comportamiento (citado en Rossberg-Gempton y Poole, 1992).

La DMT cuenta con dos tipos de análisis de movimiento, el de Laban y el de Kestenberg. Por ser el primero y tal vez el más utilizado haré referencia al de Laban (1879 - 1958). Este autor, además de arquitecto y pintor de la monarquía austro-húngara, fue bailarín, coreógrafo, y pionero en la investigación moderna del movimiento; creó uno de los primeros sistemas de anotación o escritura del movimiento, Labanotation, que todavía es utilizado por coreógrafos

y psicoterapeutas en DMT, y junto con Warren Lamb y alumnos de Laban, se desarrolló un marco teórico llamado Laban Movement Analysis (LMA) (Panhofer, 2013). Su técnica sirve para medir y clasificar el movimiento humano, describir patrones de movimiento que son inherentes a la personalidad, y además de ser una herramienta de observación de las cualidades y dinámicas del movimiento, el análisis en su conjunto, también las relaciona con su significado (Daly, 1988):

...el movimiento revela muchas cosas diferentes... Sus formas y ritmos señalan la actitud de la persona que realiza el movimiento, en una situación determinada. Pueden caracterizar un estado de ánimo momentáneo, o reacción, al igual que los rasgos constantes de una personalidad. (Laban, 1987, p.13).

Mendelsohn (1999), quien tuvo experiencia como DMT en psiquiatría infantil, afirma que la postura, el movimiento o la evitación de este, la calidad del movimiento, la iniciativa o la falta de ella, y los patrones de respiración, son todas manifestaciones externas del estado mental del niño, y que la tarea del danza movimiento terapeuta es interpretar los patrones corporales del paciente y su contenido expresivo para llevar a cabo el proceso terapéutico.

Para dar una pincelada al sistema de análisis de movimiento de Laban, este llamó esfuerzo a la dinámica del movimiento definiendo cuatro factores siempre presentes, los factores de tiempo, espacio, peso, espacio y flujo correspondiéndole a cada uno dos polaridades. Respecto al tiempo tenemos: repentino/sostenido; al peso: fuerte/suave; al espacio: directo/indirecto; al flujo: conducido/libre (Ros, 2009). El tiempo se asocia con una actitud interior relacionada con la intuición y la toma de decisiones; el espacio se relaciona con la atención, el foco y el pensamiento; el peso se relaciona con el sentido del *self*, la sensibilidad, la fisicalidad y la intención; y el flujo con las emociones, el control y la respiración (Panhofer, 2013). La observación de la cualidad del movimiento da información acerca de cómo

(esfuerzo) se realiza una acción, qué (cuerpo) partes del cuerpo realizan la acción; y dónde (espacio) se produce la acción, en referencia a los demás y al marco espacial; la forma del movimiento describe las configuraciones y diseños que configura el cuerpo en el espacio (Wengrower y Chaiklin, 2008).

También se tienen en cuenta otros aspectos relacionados con los soportes: grados de rigidez y flexibilidad; en relación al contacto físico y diferentes maneras de manipulación; en relación a maneras de representar los objetos del mundo: falta de exceso o falta de estimulación; o en relación a la regulación emocional intersubjetiva. Mediante la combinatoria de estas cualidades del movimiento se van a conformar escenas en las sesiones de DMT y que en el proceso terapéutico se van a ir integrando distintos niveles o dominios del *self* (Fishman, 2008).

Laban (1987) afirmaba que la influencia en la vida que se lleve y del entorno durante los primeros años de vida puede verse en los matices de las características de esfuerzo finales en el adulto. Pero aunque las condiciones externas sean desfavorables, el ser humano, al tener la capacidad de comprender la naturaleza de las cualidades y de reconocer los ritmos y las estructuras de sus movimientos, tiene la posibilidad de un entrenamiento consciente, que le permita cambiar y enriquecer sus hábitos de esfuerzo.

7.4. DMT Y TERAPIA DE JUEGO

Hay una relación estrecha entre la DMT y la Terapia de Juego, sobre todo la no-directiva, y es relevante señalarlo porque no he encontrado documentos que hablen de manera explícita y de una manera desarrollada el componente de juego en DMT para niños. Como dije en un apartado anterior, el juego es una actividad natural y espontánea de los niños, que pude experimentar en mi primer año de prácticas, y en DMT es frecuente que los niños no distingan entre danza-movimiento y juego-actuación (Wengrower y Chaiklin, 2008); los niños

dibujan y cuentan una historia, actúan, bailan y juegan de manera espontánea sin darse cuenta de las diferencias mientras lo ejecutan (Lindqvist, 2001). West (1996) refiere que la Terapia de Juego también se recomienda para una variedad de problemas como el bajo rendimiento académico; dificultades del sueño; situaciones de separación o divorcio de los padres; problemas en las relaciones sociales; dificultades de apego; trauma; trastornos de alimentación, trastornos emocionales... (citado en Robinson, 2011).

En la misma línea que la DMT, Axline (2003) afirma que la terapia de juego le da oportunidad a los niños de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión. Los niños interpretan pequeños dramas involucrando sus experiencias cotidianas y sus afectos que transmutan a través de fantasías compensatorias o experiencias de liquidación (Chodorow, 1995). El juego debe considerarse como una interpretación de los niños para crear significado (Lindqvist, 2001), reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de su realidad interna para darle nuevos significados de una manera creativa y libre. “En el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador” (Winnicott, 1965, p. 51). Oaklander (2001) sostiene que el niño vivencia muchas cosas en su vida que todavía no puede expresar con el lenguaje verbal, y entonces usa el juego para formular y asimilar lo que experimenta; es a través del juego que somete a prueba su mundo, aprende sobre él y ensaya sus propias nuevas formas de ser.

Blix (2015) expone tres niveles de trabajo de la Terapia de Juego no directiva, que están en relación con la DMT, que son el nivel sensomotor, el emocional y el cognitivo. El nivel sensomotor involucra movimientos secuenciales asociados a impulsos, posturas, respuestas orientativas, respuestas defensivas corporales y la activación del sistema nervioso. El trabajo terapéutico sería la toma de percepción/conciencia de sus movimientos y permitir la descarga

de la activación no resuelta encerrada en el sistema nervioso. A nivel emocional el trabajo está en capacitar al niño a expresar sus emociones y afectos. A nivel cognitivo, el trabajo está en integrar y re-elaborar significados cognitivamente acerca de su experiencia.

Axline (2003) afirma que gracias a la Terapia de Juego también se ayuda al niño a adquirir una mejor comprensión de sí mismo por medio de reflejarle sus emociones, el terapeuta le hace sentir que lo comprende y que lo acepta en todo momento. Del mismo modo que el danza movimiento terapeuta espeja los movimiento del niño, en la Terapia de Juego, para que el terapeuta cree una relación empática con el niño, se necesita reflejar sus acciones para que las neuronas espejo de los cerebros de ambos se activen y el terapeuta pueda sintonizar con el estado emocional del niño (Robinson, 2011). El uso de materiales, entre otras cosas, también es un modo de conexión entre terapeuta y paciente en los dos tipos de terapia para conseguir la conexión y la sintonía emocional con el niño (Malaquias, 2010; Blix, 2015). El uso de arcilla o de pintura de dedos son materiales que se usan en la Terapia de Juego con los que tuve ocasión de experimentar en mi primer año de prácticas de DMT con niños. A través de su uso y de espejar las formas de manipular la arcilla o las pinturas, pude sentir sus cualidades de movimiento (los esfuerzos de Laban) y elaborando formas iguales o similares me ponía en sintonía con ellos.

En las sesiones de DMT el uso de materiales, aunque no es imprescindible, son de gran utilidad en la terapia con niños. Pueden ser telas elásticas, pañuelos, pelotas, velos, sombreros, marionetas, colores para pintar. Los materiales promueven la estimulación sensorial del niño, juegan un papel importante en el juego simbólico y facilitan la comunicación e interacción no verbal (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011; Malaquias, 2010). En la Terapia de Juego los materiales siempre están presentes. Estos pueden ser, por ejemplo, diferentes tipos de material de color y pintura, arcilla, plastilina, objetos para trabajar la arcilla y la plastilina,

juegos de madera de construcción, objetos de animales domésticos y salvajes, camiones, coches, ambulancias, juegos de mesa, baúl de disfraces (Cornejo, 2003).

Por último decir, respecto a otros aspectos del movimiento en DMT, en la Terapia de Juego Oaklander (2001) observa el proceso del niño mientras juega, es decir, cómo se acerca a los materiales, qué escoge, qué evita, cuál es su estilo general, si le cuesta cambiar de una cosa a la otra, si es organizado o no, cuál es su patrón de juego; ya que la forma en que juega revela muchas cosas acerca de cómo es en su vida.

8. DMT Y PSIQUIATRÍA INFANTIL

Ritte y Low (1996) muestran diversos estudios cualitativos que reportan mejoras sustanciales relacionadas con la DMT para una variedad de trastornos infantiles. Estos estudios fueron complementados recientemente por Koch, Kunz, Lykou y Cruz (2014). Se mencionan varios estudios y a sus correspondientes autores como, por ejemplo, un estudio sobre las habilidades motoras de niños con discapacidades de aprendizaje en el que Couper (1981) describió mejoras después de un proceso con DMT; de manera similar, Gunning y Holmes (1973) observaron mejoras en el rendimiento motor en su investigación sobre un pequeño número de niños psicóticos. Otro estudio respaldó la DMT para niños maltratados que malinterpretan sus Kinesferas o espacio personal (Goodill, 1987). Para las personas con trastornos psiquiátricos la DMT puede ofrecer formas de desarrollar defensas más saludables contra la ansiedad y el dolor emocional al explorar sus propias estrategias de afrontamiento del movimiento, al relacionarse con otros en un nivel no verbal dentro del movimiento del grupo, al descubrir sentimientos a través de símbolos e imágenes en un ambiente seguro (Pallaro y Fischlein, 2002).

Koshland y Wittaker, (2004) presentan en su artículo una investigación piloto que evaluó el uso de un programa de prevención de la violencia basada en la DMT de 12 semanas con 54

niños de escuelas primarias multiculturales, y se encontró que fue eficaz para reducir las conductas agresivas. Ayudó a los niños a adquirir métodos de autocontrol mediante el movimiento, y se enfocó en capturar las formas subyacentes de agresión antes de que se convirtieran en conductas disruptivas. Para este fin, los estudiantes del programa estructurado jugaron a través de experiencias de movimiento para adquirir habilidades para poder interaccionar de maneras menos agresivas y poderlas transferir y aplicar en otros entornos. Se descubrió que darles a los niños la oportunidad de estructurar su juego en intercambios de dar y recibir con éxito a través de las experiencias de la Danza Movimiento Terapia proporcionadas en el programa de tratamiento, les ayudó a aplicar habilidades de resolución de problemas sin luchar. Los niños tuvieron la oportunidad de practicar el dominio de aspectos físicos, cognitivos y sociales/afectivos a medida que exploraban los cambios en el tiempo, las paradas, los movimientos y la adaptación del uso del espacio personal y social. Teniendo en cuenta este estudio podemos plantear fácilmente que la DMT puede ser beneficiosa para niños con otras patologías que presentan conductas agresivas o impulsivas con dificultad para autorregularse como por ejemplo el autismo (Harper, 1967), el trastorno de estrés post traumático (Perry, 2007), los niños con TDAH (Newsom 2010), trastornos de conducta (Pineda, 2000).

LA DMT puede abordar las dificultades que presentan los niños con TDAH, que suelen tener tensión corporal, una imagen corporal negativa, un movimiento no coordinado y poca capacidad de concentración (Newsom 2010). Según esta autora los beneficios con esta población se manifiestan en la capacidad de poder facilitar la liberación de energía de manera productiva y al mismo tiempo traer emociones profundas a la superficie. Por último, añade que los niños con TDAH a menudo sienten vergüenza por su condición y mal comportamiento, que suelen expresar a través de medios agresivos e impulsivos y que mejorar su autoestima fomenta salidas positivas para los sentimientos negativos.

La DMT es una buena forma de establecer una interacción con niños autistas, quienes a veces el único lenguaje que usan para comunicarse es el del movimiento (Archambeau y Szymanski, 1977). Para estos niños que están funcionando en su propio mundo, puede ser más significativo tocar, sentir, y moverse que hablar, escuchar y hacer. Estos autores sugieren que estos niños pueden estar usando la tensión motora para bloquear la conciencia de los estímulos externos y fantasías internas amenazantes, por lo que el terapeuta debe hacer un esfuerzo para relajar los grupos musculares, usar el balanceo y movimientos terapéuticos. Gracias al proceso terapéutico los conceptos de personas y situaciones distorsionadas poco a poco comienzan a enderezarse y el mundo real se vuelve menos aterrador (Harper, 1967). El niño aprende a expresar sentimientos de ira y frustración de maneras aceptables; en lugar de internalizarlo, descubre que puede ser comprendido y comienza a comprender.

Godill (1987) considera que la DMT está en una posición única para brindar una intervención psicoterapéutica a niños abusados física y sexualmente, ya que inicialmente el abuso y la negligencia son fenómenos físicos. Una de sus propuestas principales es trabajar con la idea de kinesfera personal, por ejemplo con juegos de movimiento basados en el concepto “territorio” en el que los niños pueden ser dueños de su espacio; pues definir su espacio personal y ejercer control sobre ese espacio puede ayudarles a recuperar su sentido de control y propiedad sobre sus cuerpos. Bajo el supuesto de que es fundamental para el tratamiento y la prevención del abuso que los niños desarrollen la asertividad, la capacidad de hablar de lo que les molesta y decir “no”, otra de sus propuestas principales es ayudar a equipar a los niños maltratados con los rasgos asertivos que les faltan enseñándoles movimientos y cualidades asociadas a la autoafirmación que les facilite un sentido de poder personal e independencia.

En pediatría, la DMT se ha practicado con niños con necesidades especiales, víctimas de maltrato y trauma, y pacientes con apego entre padres e infantes y recientemente su uso se ha ampliado enormemente para incluir problemas, como el asma, el dolor, y los trastornos

psicológicos, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos del espectro autista (TEA) y los trastornos generalizados del desarrollo (TDP) (Newsom, 2010). Para Mendelsohn (1999) la DMT puede desempeñar un papel importante como una herramienta terapéutica y de evaluación para los niños con enfermedades médicas que se someten a una hospitalización a corto o largo plazo. A través del movimiento se fomenta el contacto, la comunicación y la expresión de las necesidades físicas y emocionales para minimizar el trauma, el sufrimiento y el estrés que sufren los niños en el proceso de hospitalización; una vez que los niños expresan sus ansiedades ya no sienten que están solos para soportar la carga. Bartenieff (1989) quien considera esencial mantener vivo el impulso de movimiento para el desarrollo de un ser humano que piensa, siente y actúa, lo que es particularmente importante cuando el impulso de movimiento ha sido dañado por una discapacidad funcional o emocional (citado en Mendelsohn 1999). Erfer y Ziv (2006) afirman que un aspecto importante del trabajo con DMT con niños en una unidad psiquiátrica en el hospital es la creencia de que el comportamiento de movimiento presentado en el grupo refleja su comportamiento fuera del hospital; por lo tanto los cambios que ocurran en el hospital pueden generalizarse a otras situaciones en la vida de los niños como en casa o en el colegio.

En el artículo de Erfer y Ziv (2006) se describe la DMT con niños de 5 a 8 años en una unidad psiquiátrica para pacientes hospitalizados a corto plazo. Al final del proceso terapéutico se observaron cambios en el comportamiento en el grupo y en la unidad que incluyeron un mejor control de los impulsos, una mejor tolerancia a la frustración, mayor capacidad de retrasar la gratificación, mejora de la tolerancia de las diferencias y la capacidad de llevarse bien entre ellos que llevó a la cohesión grupal. Para ello dos de los elementos importantes de la DMT con los que se trabajó fueron la imagen corporal y la autoconciencia. Según Levy (1995) proporcionar nuevas experiencias de movimiento fuera de las preferencias

habituales puede facilitar la conciencia de sí mismo y la capacidad de explorar nuevas dimensiones de la personalidad; ahora bien, bajo la creencia de que el comportamiento del movimiento de una persona es la expresión directa de su imagen corporal, si esta mejora mejorará la conciencia de sí mismo, lo que puede llevar a una mayor conciencia y reconocimiento de los demás. Es más, Erfer y Ziv (2006) aseguran que no se puede esperar que un niño que tiene una imagen corporal y autoconciencia empobrecida actúe de manera efectiva y significativa con los demás.

Brenneman (1991) menciona que en las unidades de psiquiatría infantil para pacientes hospitalizados, el juego suele ser utilizado terapéuticamente por varias disciplinas para facilitar la autoexpresión de los niños y para fomentar un desarrollo normal ante la interrupción de una estadía en el hospital. Por la similitud con el análisis de movimiento de la Danza Movimiento Terapia es interesante destacar la mención que esta autora hace sobre el *Preschool Play Scale* como herramienta para evaluar el estado de desarrollo del niño y su experiencia de juego, a saber: la gestión del espacio, refiriéndose a la gestión del cuerpo en el espacio; gestión del material en cuanto al manejo y propósitos del uso del material; imitación; participación en las dinámicas y con los compañeros.

El juego es la actividad espontánea de los niños y así lo experimentó Mendelsohn (1999) a raíz de la vivencia con niños en el hospital psiquiátrico Hadassah en Israel, donde observó cómo la DMT les dio la oportunidad de comunicarse a través del movimiento conduciéndoles de manera natural al juego y a las representaciones no verbales, lo que les ayudó a expresar sus necesidades y sentimientos. La autora sostiene que la DMT ayuda a reducir las limitaciones de movimiento que resultan de la tensión emocional, que disminuye la ansiedad, mejora la imagen corporal y permite a estos niños participar en una experiencia activa, en lugar de pasiva. Godill (1987), enfatiza la expresión no verbal y el uso del simbolismo en la DMT. Contar historias simbólicamente o literalmente en formas de danza, juegos de

motricidad gruesa o mimo, hace que sea más fácil para los niños expresar sentimientos o relacionar recuerdos, sueños o eventos. Esta modalidad es especialmente útil durante las fases tempranas del tratamiento en equipo cuando los niños aún se están adaptando y pueden revelar muy poco a través de los modos verbales.

9. SALUD MENTAL PÚBLICA Y GESTIÓN ACTUAL

Es en la década de los 70'- 80' en la que se abrieron Centros de Higiene de Salud Mental, centros pioneros de carácter comunitario, preventivos, que otorgan gran peso a lo psicoterapéutico y que intentan realizar su labor en la propia comunidad, contactan con las asociaciones de vecinos, con las escuelas, con los médicos de primaria, cobran precios populares, se nutren del psicoanálisis y la antipsiquiatría... (Capellà, 2001). Aprovechando estos aires de cambio, la propia Diputación promueve esta corriente y procura sentar las bases de un modelo reformista. Se realizan unas primeras jornadas sobre la ordenación de la asistencia psiquiátrica en Cataluña, dando como resultado el documento para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 y que conjuntamente con La ley General de Sanidad de 1986 son la base de partida de la evolución de la salud mental en el territorio español (Torres, 2012). Es en 1990 que en Cataluña se inician los traspasos de competencias de las diputaciones a la Generalitat, creándose dos elementos básicos, El Servei Català de Salut y el Pla de Salud Mental (Capellà, 2001). El cambio de paradigma en la psiquiatría en España comportó el desarrollo de una nueva estructura organizativa de servicios para la enfermedad mental; la integración de la atención a estos pacientes en el sistema general de salud; la creación de una amplia red de centros de salud mental; la aprobación y adopción de medidas legislativas dirigidas a mejorar los derechos civiles y legales de los pacientes; y a la promoción de actitudes más positivas hacia la enfermedad mental y su tratamiento (García y Espino, 1998).

Ahora bien, todas las mejoras que se han ido haciendo no parecen ser suficientes según el estudio realizado por la Fundació Pere Tarrés y la Federació de Salut de Catalunya (Coscolla, Martínez y Poll (2016). Se expone que el retraso en la implantación del nuevo modelo en salud mental, respecto al resto de Europa ha dado lugar a una baja protección sanitaria que ha supuesto un crecimiento rápido y poco estructurado; un sistema caracterizado por una falta de políticas sanitarias de larga duración en materia de salud mental, siendo frecuentes las respuestas parciales. Entre otras carencias existentes, afirman que se da una falta de formación en salud mental en general e infantil en particular y un escaso, o erróneo conocimiento de la problemática por parte de la población; que sigue habiendo un peso predominante de la vertiente biomédica en perjuicio de la psicoterapia; y que es un modelo que en su aplicación resulta más asistencial que comunitario, ya que la interrelación entre el sistema sanitario, el educativo y el social es débil.

En relación a qué abordajes psicoterapéuticos se están haciendo en la actualidad en la salud mental pública en Cataluña, en el último documento publicado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2007) se reconoce como orientaciones psicoterapéuticas: psicoterapia dinámica o de base psicoanalítica, psicoterapia no directiva, psicoterapia interpersonal, psicoterapia cognitivoconductual, psicoterapia conductista, psicoterapia sistémica, psicoterapia transaccional y psicodrama. No obstante encontramos que la psicoterapia cognitivoconductual es la que tiene mayor presencia en la mayoría de trastornos o patologías y, sin embargo, no aparecen ni el psicodrama, ni la terapia transaccional, ni la terapia no directiva. Otro dato a tener en cuenta es que en cada uno de ellos aparece la expresión *se recomienda*. El informe señala que cada centro desde su orientación y experiencia debe elaborar la cartera de psicoterapia y definir sus procedimientos. Por otro

lado sí que hay un planteamiento de centrarse en aquellas terapias con mayor evidencia probada, que son las terapias cognitivo-conductuales, psicoterapias de orientación psicodinámica y terapias sistémicas.

Respecto al resto de España, he encontrado poca información sobre los abordajes psicoterapéuticos en relación a las psicopatologías. El documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)* de la web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar afirma que existen diferentes modalidades terapéuticas en función de la orientación y del marco teórico, y que, en cuanto a la técnica aplicada por cada psicoterapeuta estará en función de su formación y conocimientos, eligiendo aquella que sea más beneficiosa para cada paciente. En la web *Guiasalud* se puede encontrar información sobre el manejo e intervenciones de algunas patologías como los síntomas depresivos o el trastorno TDAH. Se puede comprobar que la terapia cognitivo-conductual es la más utilizada, no obstante, es importante destacar que, por ejemplo, esta terapia en el TDAH los resultados de los estudios en cuanto eficacia y seguridad a largo plazo es que la evidencia es escasa y no concluyente.

En el documento del 2012 de la FEAP Y FEAPES que versa sobre la promoción de la psicoterapia como prestación de la cartera del sistema nacional de salud, se considera que tiene poca aplicación y de baja calidad. Se señala que los avances en materia de atención en salud mental a lo largo de los últimos 25 años han sido importantes, particularmente después del Informe de la comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). Se afirma que la Estrategia del Salud Mental del Ministerio de Sanidad viene sustentando y promoviendo líneas de acción en los servicios de Salud Mental, lo que enriquece el discurso y las metas pero no tanto las realizaciones. También se destaca que en la formación continuada de los facultativos de los servicios de SM predomina la psicofarmacología y las intervenciones biologicistas, y que, aunque existan diferencias entre Comunidades Autónomas, hay una

carencia en cuanto a unas líneas estables y coherentes de formación y actualización en psicoterapia.

10. DISCUSIÓN

En este trabajo hemos podido constatar el valor que tiene el movimiento del cuerpo en el crecimiento infantil, pues es la condición a partir de la cual se desarrolla la experiencia humana, la que posibilita a los niños entrar en contacto con su realidad circundante. Para un buen desarrollo infantil es importante adquirir habilidades de movimiento que impliquen un aprendizaje en relación a aspectos perceptivo-motores, físico-motores y afectivo-relacionales. Gracias a este aprendizaje, poco a poco el niño va desarrollando el sentido del yo, va construyendo su esquema corporal y la conciencia de sí mismo como un ser capaz de satisfacer situaciones en relación a su entorno y a sus necesidades. Hemos visto también que dicho desarrollo puede verse perturbado por factores biológicos, psicológicos y sociales, o una combinación de estos, que pueden traer complicaciones y problemas en las interacciones del niño en su día a día, y a largo plazo convertirse en problemas neuropsiquiátricos. Podemos deducir fácilmente que para ello es conveniente trabajar con intervenciones terapéuticas que impliquen el desarrollo de las habilidades motrices del niño a modo de prevención.

Ahora bien, podemos ir más allá de la prevención y realizar intervenciones terapéuticas con niños con diversas psicopatologías. Diversos estudios concluyen que hay una interrelación entre los problemas psiquiátricos infantiles y el comportamiento motor y las habilidades cognoscitivas; aunque se considera que todavía hay un camino que recorrer porque es difícil controlar de manera rigurosa todos los factores de la evaluación experimental (Damme et al., 2015; Emck et al., 2009; García et al., 2006; Pineda, 2000; Poeta y Neto, 2007; Röhricht, 2009; Soprano, 2003). La Danza Movimiento Terapia puede ocuparse del comportamiento motor y de las habilidades cognoscitivas en psiquiatría invitando al paciente a experimentar

nuevas combinaciones de movimiento, de actividad muscular y respiratoria ofreciendo nuevas experiencias que promuevan cambios en la psique; recordemos que la DMT parte de la premisa básica de que todo movimiento corporal puede llevar a su vez a cambios en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal. Estas propuestas en el proceso terapéutico estimulan los sistemas de información sensorial y se desarrollan posibilitando la adquisición de alternativas en la propia expresión corporal y emocional.

Existen limitaciones en cuanto a la investigación de la DMT y a su evidencia demostrable por falta de una mayor rigurosidad metodológica (Emck y Bosscher, 2010; Koshland y Witter, 2004; Ritter y Low, 1996; Röhricht, 2009). No obstante, un estudio más reciente sostiene la eficacia de la DMT después del proceso terapéutico, pero faltaría investigar sobre sus efectos a largo plazo (Koch, 2014). Ahora bien, la investigación en neurofisiología y neuropsicología y la manera en cómo funcionan y se relacionan cuerpo y mente (Damasio 2006; Fishman, 2008; García, 2008; Soprano, 2003; Vira, 2012) respalda el supuesto básico de la DMT en cuanto a la unidad cuerpo y mente y en cómo se afectan el uno al otro (Cruz, 2016). Además, hay un número creciente de estudios basados en la evidencia sobre los efectos de la DMT para diversas afecciones, por ejemplo, (citado en Cruz 2016) los estudios de Bradt, Goodill y Dileo (2011); Karkou y Meekums (2014); Koch, Kunz, Lykou y Cruz (2014). Debería ser investigación suficiente como para tener en cuenta los beneficios que la DMT puede aportar a las diferentes enfermedades y psicopatologías y considerarla clave para sus tratamientos.

Después de todo lo dicho en relación a la DMT, en cuanto a la idoneidad de complementarla en las instituciones públicas de psiquiatría infantil se hace evidente, no solo por su manera de abordar la relación cuerpo-mente, sino porque hay una ausencia de tratamientos psicoterapéuticos relacionados con el cuerpo y los procesos creativos. Corroboramos la hipótesis inicial en cuanto a la terapia que más se utiliza en la salud pública infantil, que es la cognitivo conductual por ser la que más evidencia científica demuestra. A la evidencia

científica de una teoría se le asigna un valor que puede ser de tipo I, tipo II, tipo III, tipo IV y tipo V, de mayor a menor rigurosidad probada, respectivamente. A la terapia cognitivo conductual se le suele asignar el valor tipo I y a la terapia psicodinámica el tipo II (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007); ahora bien, no hay que subestimar a la terapia psicodinámica. Debe tenerse en cuenta que esta sigue siendo de las terapias que más evidencia científica muestra y que el informe del Departament de Salut señala que hay que centrarse en las terapias con mayor evidencia, y la psicoterapia de orientación psicodinámica es una de ellas junto a la cognitivo conductual y a la terapia sistémica. Destaco aquí, que dos de los fundamentos metodológicos de la DMT son las teorías en psicoterapia y las teorías en psicodinámica, además de las teorías de comunicación no verbal, los sistemas de observación y análisis de movimiento (Vella y Torres, 2012). Por lo tanto, dicho esto, en lo que se refiere al enfoque terapéutico la DMT como psicoterapia psicodinámica es compatible, puede tener cabida y encajar en el sistema de salud mental pública.

11. CONCLUSIÓN

El juego, como forma natural de expresión en el infante, y la danza, como actividad inherente a la cultura, son elementos que surgen espontáneamente en los niños. Siendo esto así, sus usos en Danza Movimiento Terapia con niños son ideales para establecer un vínculo entre terapeuta-paciente y ponerlas en funcionamiento en las propuestas terapéuticas de movimiento. Todo ello sin olvidar que la danza y el juego son dos componentes de gran relevancia porque aportan el desarrollo de distintas capacidades y habilidades en relación a aprendizajes de acciones motoras, de procesos cognitivos, y en relación a emociones, sentimientos y a componentes sociales. Por lo tanto, lo más natural es abordar los procesos terapéuticos en psiquiatría infantil partiendo de la danza y el juego. Además, en DMT, tal y como se ha expuesto anteriormente, es frecuente que los niños no distingan entre danza-

movimiento y juego-actuación, y que a través de ello los niños pueden exponer y asimilar lo que experimentan en su vida, lo que los posibilita a dar nuevos significados en un proceso creativo que modifica sus afectos en relación a lo que les sucede. Teniendo esto en cuenta, el enfoque terapéutico de la DMT se puede considerar un medio muy oportuno para transmutar sus experiencias negativas que pueden venir acompañadas de sentimientos de frustración, inseguridad, rabia, temor, perplejidad o confusión y experimentar otras facetas de su personalidad descubriendo otras posibilidades de sí mismo en el mundo.

En relación a lo expuesto con anterioridad, respecto a las semejanzas entre DMT y Terapia de Juego cabe plantearse la eficacia de combinar estos dos tipos de terapias en la población infantil. Además del componente del juego, hemos visto que comparten características como el establecer una relación empática gracias al *mirroring* o el espejar kinestésico, ambas trabajan a nivel sensomotor, emocional y cognitivo, observan la manera con la que se relaciona el niño con los objetos (o compañeros) y utilizan diversos materiales. Es objeto de estudio para un planteamiento posterior realizar una investigación más profunda sobre la Terapia de Juego para exponer una propuesta más rigurosa en cuanto a su combinación con la DMT y a su eficacia. No obstante, es razonable deducir que incrementar el uso de materiales en DMT e incorporar los que se utilizan en Terapia de Juego puede enriquecer el proceso terapéutico. Disponer de más recursos, tanto para el niño como para el terapeuta, puede aumentar la posibilidad de que emerja en el niño mayor material inconsciente y puede optimizar las intervenciones terapéuticas. Es también objeto de estudio y de gran valor, debido a la escasa literatura, plantear futuras investigaciones en cuanto al uso de materiales en DMT.

En última instancia, es importante que los clínicos en salud mental infantil tomen en cuenta las interrelaciones entre el comportamiento motor y los trastornos psiquiátricos y que no pasen por alto que la falta de dominio de habilidades motoras, cognitivas y afecto-relacionales

pueden causar problemas neuropsiquiátricos a largo plazo. Del mismo modo, los clínicos deben darse cuenta de lo significativo que es adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades específicas de los niños aprovechando sus maneras naturales de expresión y comunicación, como la danza y el juego. Para ello, como venimos exponiendo hasta ahora, la DMT es idónea. Y la evaluación del movimiento, como herramienta terapéutica, es esencial para establecer objetivos terapéuticos, los cuales varían según el tipo de trastorno o psicopatología.

Con todo lo expuesto hasta ahora, podemos concluir que hemos podido demostrar que la DMT es eficaz, que puede complementar los tratamientos que se ofrece en psiquiatría infantil y encajar como terapia psicodinámica en las instituciones públicas de salud mental. Además puede ayudar a ofrecer una mayor prestación de psicoterapia en la cartera del sistema de salud.

REFERENCIAS

Archambeau, M. y Szymanski, D. (1977): Dance therapy and the autistic child. *J Psychol Exp Res*, 9, 54-55.

Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (06/12/18). Recuperado de: <https://www.danzamovimientoterapia.com>.

Association for Dance Movement Psychotherapy UK (06/12/18). Recuperado de: <https://admp.org.uk/>.

Axline, V. M. (2003). *Terapia de Juego*. México: Editorial Diana.

Blix, J. (2015). *La terapia de juego en el tratamiento del niño con trauma*. (Espai Lúdic). (Documento no publicado). Barcelona.

Brenneman, K. (1991) The Use of Play in Child Psychiatry. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11:2-3, 37-56. doi: 10.1300/J004v11n02_0.

Capellá, A. (2001). La reforma en salud mental en Cataluña: el modelo catalán. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 79 (21), 102-128.

Castañer, M. (2001). *El potencial creativo de la danza y la expresión corporal*. Santiago de Compostela: Creación Integral, S.L.

Chodorow, J. (1995). Body, Psyche and the Emotions. *American Journal of Dance Therapy*, 17(2).

Cornejo, L. (2003). *Manual de Terapia Infantil Gestalt*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Coscolla, R., Martínez, S. y Poll, M. (2016). *Atenció a la salut mental infantil i adolescent a Catalunya*. Fundació Pere Tarrés y Federació Salut Mental Catalunya.

Cruz, R. (2016). Dance/Movement Therapy and Developments in Empirical Research: The First 50 Years. *American Journal of Dance Therapy*, 38, 297-302. doi.org/10.1007/s10465-016-9224-2.

Daly, A. (1988). Movement Analysis: Piecing Together the Puzzle. *The MIT Press*, 32 (4), 40-52.

Damasio, A (2006). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Editorial Crítica.

Damme, T., Simons, J., Sabbe, B. y West, D. (2015). Motor abilities of children and adolescents with a psychiatric condition: A systematic literature review. *World Journal Psychiatry*, 5(3), 315-329.

Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press.

Erfer, T. y Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance /movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 1-9.

Emck, C. (2014). Double trouble? Movement behaviour and psychiatric conditions in children: An opportunity for treatment and development. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 214-222.

Emck, C. y Bosscher, R. (2010) PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance Psicoterapia in Psychotherapy*, 5: 3, 244-256. doi: 10.1080/17432971003760919.

Emck, C., Bosscher, R., Beek, P. y Doreleijers, T. (2009). Gross motor performance and self-perceived motor competence in children with emotional, behavioural, and pervasive developmental disorders: a review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51 (7), 501–517.

Fischman, D. (2008). Relación terapeutica y empatía kinestésica. In S. Chaiklin, & H.Wengrower (Eds.), *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.

García, C., Rigau, E. y Artigas, J. (2006). Perfil neurocognitivo del trastorno de aprendizaje no verbal. *Revista de neurología*, 43, (5): 268-274.

García, E. (2008). Neuropsicología y educación. De las Neuronas Espejo a la Teoría de la Mente. *Revista de Psicología y Educación*, 3 (1), 69–89.

García, J. y Espino, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Diaz de Santos.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2007). *La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i adiccions*. Barcelona.

Giguere, M. (2011) Dancing thoughts: an examination of children's cognition and creative process in dance, *Research in Dance Education*, 12:1, 5-28. doi: 10.1080/14647893.2011.554975.

Gil, P., Contreras, O. y Gómez, I. (2008). Habilidades motrices en la infancia y su desarrollo desde una educación física animada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47, 71-96.

Godill, S. (1987). Dance/Movement Therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 59-68.

Harper, H. (1967) Working With Autistic Children. *Australian Journal of Social Work*, 20 (3), 13-19, doi: 10.1080/03124076708549654.

Instituto Aragonés Ciencias de la Salud (IACS). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Recuperado de <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Danza Creativa Terapéutica*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

Koch, S. (2006). Embodiment and creative artes therapy: From phenomenology to cognitive science. In S Scoble (Ed.), *European Artes Therapy. Grounding the vision to advance theory and parctice*. Plymouth: University Plymouth Press.

Koch, S., Kunz, T., Lykou, S. y Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 46–64.

Koshland, L. y Wittaker, J. (2004). PEACE Through Dance/Movement: Evaluating a Violence Prevention Program. *American Journal of Dance Therapy*, 26 (2).

Laban, R. (1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Levine, H. (2013). The colourless canvas: Representation, therapeutic action and the creation of mind. In H. B. Levine, G. S. Reed, & D. Scarfone (Eds.), *Unrepresented states and the construction of meaning* (pp. 42–71). London: Karnac Books.

Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy. A Healing Art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.

Levy, F. (ed) (1995). *Dance and Other Expressive Art Therapies. When words are not enough*. London: Routledge.

Lindqvist, G. (2001) The Relationship between Play and Dance. *Research in Dance Education*, 2:1, 41-52, doi: 10.1080/14647890120058302.

Lopez, I. (2010). El juego en la educación infantil primaria. *Revista de la educación de Extremadura*, Autodidacta, 1(3), 19-37.

Martínez, I. y Pereira, A. (2011). *La experiencia de la música como forma vital. Perfil dinámico temporal, corporalidad y forma sónica en movimiento*. Comunicación presentada en X Encuentro de Ciencias Cognitivas de la Música, Buenos Aires, Argentina.

Malaquias, S. (2010). El Toque en la Danza Movimiento Terapia. Perspectivas Teórica, Ética y Empírica. (Tesina de máster). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Altaya.
- Mendelsohn, J. (1999). Dance/movement therapy with hospitalized children. *American Journal Dance Therapy*, 21, 65-80.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Recuperado de <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>.
- Newsom, M. (2010). Dance/Movement Therapy in Pediatrics. *Mary Ann Liebert, INC*, 16 (2).
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestalt para niños y adolescentes*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Pallaro, P. (2008). Dance/Movement Therapy with Children Throughout the World. *American Journal Dance Therapy*, 30, 24–36. doi: 10.1007/s10465-008-9045-z.
- Pallaro, P. y Fischlein, A. (2002). Dance/Movement Therapy in a Psychiatric Rehabilitative Day Treatment Setting. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 1 (2).
- Panhofer, H. (ed) (2013). *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y práctica de la Danza Movimiento terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Perry, B.D. (2007). The Child Trauma Academy. *Stress, Trauma and disorders in children*. Recuperado de <http://www.ChildTRauma.org>.
- Pierce, L. (2014). The integrative power of dance/movement therapy: Implications for the treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 7-15. doi:10.1016/j.aip.2013.10.002.
- Pineda, D. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30, 764 (8).

Poeta, P. y Neto, F. (2007). Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 44 (3), 146-149.

Promoviendo la psicoterapia como prestación real en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud (SNS) y los derechos de atención de usuarios/as con trastornos mentales y sus familiares/cuidadores. (2012). Recuperado de www.aepcp.net/arc/declaración%20FEAFES.Psicoterapia.pdf.

Reyes, U., Sánchez, N., Hernández, M. y Sánchez, E. (2001). El juego y el desarrollo del niño. *Archivos de Investigación Pediátrica de México*, 4 (13).

Ritter, M. y Low, K. (1996). Effects of Dance/Movement Therapy: A Meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 23, No. 3, pp. 249-260.

Robinson, S. (2011). What play therapists do within the therapeutic relationship of humanistic/non-directive play therapy. *Pastoral Care in Education*, 29(3), 207-220, doi: 10.1080/02643944.2011.599858.

Rodríguez, M. R. (2011) Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Danzararte: Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*, 7, 4-11.

Rodríguez, M. R. y Dueso, E. (2015). Consideraciones alrededor de la Danza Movimiento Terapia y sus aplicaciones en el ámbito social. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 127-137.

Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy – the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4, 135–156. doi: 10.1080 / 17432970902857263.

Ros, A. (2009). Laban Movement Analysis. Una herramienta para la teoría y la práctica del movimiento. *Estudis escènics: quaderns de l'Institut del Teatre*, 35, 350-357. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EstudisEscenics/article/view/252853/339591>.

Rossberg-Gempton, I. y Poole, G.D. (1992). The relationship between body movement and effect: from historical and current perspectives. *The Arts in Psychotherapy*, 19, 39-46.

Rothschild, B (2015). *El cuerpo recuerda. La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma*. Barcelona: Elefthería.

Sheets-Johnstone, M. (2010). Why is movement Therapeutic? American Dance Therapy Association, 32, 2-15. doi 10.1007/s10465-009-9082-2

Schmais, C. y White, E.Q. (1986). Introduction to Dance Therapy. American Journal of Dance Therapy, 9, 23-30.

Schwartzmann, K. (2006). La motricidad infantil: Entre la experiencia corporal y el mundo exterior. *Pensamiento Educativo*, 38, 186-201.

Shuper, E. (2018) Somatic mirroring: psychotherapeutic treatment of mental states without representation. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 13(1), 4-16. doi: 10.1080/17432979.2017.1408685

Soprano, A. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Revista de Neurología*, 37 (1), 44-50.

Tord, P. (2013). *Grounding: Concepto y usos en Danza Movimiento Terapia (DMT)*, (Tesis de máster), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Torres, F. (2012). La reforma psiquiátrica española en perspectiva: logros y pendientes a la hora de la crisis. *Medwave*, 12 (10).

Vella G. y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en Danza Movimiento Terapia (DMT). *Papeles del psicólogo*, 33 (2), 148-156.

Vicente, G., Ureña, N., Gómez, M. y Carrillo, J. (2010) La danza en el ámbito de educativo. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 42-45.

Vira, M. (2012). *Mirror Neurons and "Mirroring": The Missing Scientific Link*. Columbia University Academic Commons. Theses B.A., Barnard College, New York.

Wengrower, H. y Chaiklin, S. (comp.) (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D.W. (1965). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Zitomer, M. R. y Reid. G. (2011). To be or not to be—able to dance: Integrated dance and children's perceptions of dance ability and disability. *Research in Dance Education*, 12(2), 137–56.